

## ¿POR QUÉ Y A QUÉ COSTE FÍSICO Y PSICOLÓGICO PERMANECE LA MUJER JUNTO A SU PAREJA MALTRATADORA?

### WHAT PHYSICAL AND PSYCHOLOGICAL PRICE MUST WOMEN PAY WHEN STAYING BESIDE THEIR ABUSING PARTNER?

PEDRO AMOR\*, ISAURA A. BOHÓRQUEZ\* Y ENRIQUE ECHEBURÚA\*\*

\* Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

\*\* Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco

#### Resumen

Este artículo presenta una revisión de múltiples investigaciones empíricas, al tiempo que se examinan diferentes aspectos relacionados con las mujeres maltratadas por su pareja: a) diversos factores asociados a la permanencia de la víctima en convivencia con el maltratador, las principales teorías explicativas de este fenómeno (teorías centradas en el proceso de toma de decisiones y teorías referidas a la dependencia emocional y a las repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica), y estas teorías son integradas según el curso longitudinal de la violencia doméstica y las diferentes respuestas emocionales en las víctimas; b) las consecuencias físicas y psicopatológicas del maltrato doméstico en la mujer; y c) la gravedad psicopatológica en función del tipo y circunstancias del maltrato. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.

#### Palabras Clave

Psicopatología, violencia doméstica, mujeres maltratadas, permanencia en la relación de maltrato

#### Abstract

This article presents a review of the empirical literature examining several topics related to the intimate partner abuse against the women: a) numerous factors associated with the stay of the battered woman with her aggressor, the explanatory main theories of this subject (theories focused on the decision process making and theories based on emotional dependency and psychopathological consequences of the domestic violence), and these theories are integrated according to the longitudinal course of domestic violence and the emotional different responses in the victims; b) the physical and psychopathological consequences of domestic violence on the woman; and c) the psychopathological severity according to the type and circumstances of abuse. Implications of this study for clinical practice and future research in this field are commented upon..

#### Key Words

Psychopathy, domestic violence, battered-females, stay in abusive relations

## Introducción

La violencia familiar representa un grave problema social, tanto por su alta incidencia en la población como por las graves consecuencias físicas y psicopatológicas que produce en las víctimas (Naciones Unidas, 1987). Según la Asociación Médica Americana, una de cada cuatro mujeres americanas es víctima de violencia doméstica al menos una vez en su vida; esa violencia supone el 30% del total anual de mujeres asesinadas y la mayor causa de sufrimiento y de lesiones para las mujeres de entre 15 y 44 años. En España los datos no son menos alarmantes. Según el Ministerio de Asuntos Sociales, hay más de 600.000 mujeres víctimas de maltrato habitual (el 4% de la población femenina adulta), pero, en total, son más de 2 millones (alrededor del 15%) las que confiesan haber sido víctimas de maltrato en algún momento de su vida.

La existencia del maltrato doméstico, junto con otros tipos de violencia contra la mujer (acoso sexual en el trabajo, hostigamiento laboral, etc.), representa nuestro retraso cultural en el área de valores tan relevantes como la empatía, la tolerancia, la consideración y el respeto por las demás personas, con independencia de su sexo. A su vez, los estereotipos sociales acerca del papel de la mujer y de las relaciones de pareja desempeñan un papel determinante en el mantenimiento de este tipo de violencia (Lorente, 2001). En el momento actual, aunque falta mucho por avanzar, hay una mayor conciencia social de la existencia del maltrato, de lo perjudicial de tales comportamientos y de que la violencia de pareja ha dejado de ser una cuestión que atañe exclusivamente al ámbito de lo privado.

El maltrato doméstico se refiere a las agresiones físicas, psíquicas, o sexuales llevadas a cabo reiteradamente en el hogar por parte de un familiar, que vulneran la libertad de otra persona y que causan daño físico o psicológico (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997). Más allá del *maltrato físico*, fácilmente identificable, existe un *maltrato psicológico* más sutil, que genera unas consecuencias muy negativas en la salud y el bienestar emocional de la mujer y que se manifiesta de diversos modos: desvalorizaciones continuas (en for-

ma de críticas corrosivas y humillaciones); posturas y gestos amenazantes; imposición de conductas degradantes; intentos de restricción (control de las amistades, limitación del dinero, restricción de las salidas de casa, etc.); conductas destructivas (referidas a objetos de valor económico o afectivo o incluso al maltrato de animales domésticos); y, por último, culpabilización a ella de las conductas violentas de él (Echeburúa, 1994).

Sin embargo, no se debe confundir la *violencia psíquica* con una *mala relación de pareja*, que se caracteriza por la desaparición del afecto, las broncas más o menos esporádicas y el deseo de poner fin a la relación de pareja. La *violencia psíquica*, por el contrario, es mucho más intensa y permanente, caracterizada por las conductas ya señaladas, y genera además consecuencias clínicas negativas en la víctima: estrés postraumático, depresión, aislamiento social, déficit de autoestima, etc.

Por otra parte, el *maltrato sexual* tiene unas repercusiones extremadamente nocivas para la salud física y emocional de las víctimas, que son muy similares a las producidas en las víctimas de agresión sexual extraconyugal. Asimismo, es un tipo de maltrato que -a diferencia del maltrato físico- emerge menos al exterior. Por una parte, la víctima puede sentirse avergonzada de revelarlo a otras personas y además, cuando lo hace, puede sentirse victimizada secundariamente (por ejemplo, cuando se minimiza la gravedad de tales comportamientos o se pone en duda su ocurrencia); y, por otra, es el tipo de maltrato que parece concernir más al ámbito privado o íntimo de la pareja que otros tipos de agresiones. Además no se suele hablar de "agresiones sexuales" causadas por parte de la pareja (término que sugiere mayor gravedad), sino de "maltrato sexual".

En este artículo se hace una revisión de los diferentes factores y teorías que tratan de explicar la permanencia de una mujer maltratada en convivencia prolongada con el agresor. Las teorías expuestas van desde explicaciones más psicosociales -que se centran principalmente en el proceso de toma de decisiones de la víctima- a otras más psicológicas en las que se analizan los efectos que sobre las emociones tienen las contingencias de reforzamiento dentro de un

patrón cíclico de interacción, la asimetría de poder entre el hombre y la mujer y el estado emocional en el que se encuentra la víctima. También se revisan, por una parte, las consecuencias físicas y psicológicas que tiene el sufrimiento prolongado de violencia de pareja; y por otra, en qué medida se ve afectada la gravedad psicopatológica en función del tipo de maltrato sufrido (físico, psicológico y sexual), junto con otras circunstancias del maltrato.

### **Permanencia de la mujer maltratada en convivencia con el agresor**

Uno de los temas más controvertidos, y que ha suscitado un gran interés entre los científicos, es tratar de averiguar por qué una mujer maltratada permanece en convivencia con una persona que le agrede desde hace años. Esta cuestión también se podría formular a la inversa: ¿por qué un hombre que maltrata a su pareja se mantiene en convivencia con ella? Sin embargo, esta última pregunta no ha sido tan investigada como la primera.

El aspecto más debatido es la interpretación que se realiza de los resultados obtenidos. Por ejemplo, muchas investigaciones han observado que un considerable porcentaje de mujeres maltratadas después de abandonar a su pareja regresan con ella (Aguirre, 1985; Anderson, 2003). El porqué de este hecho se puede tratar o bien a la ligera -considerando simplemente que son mujeres adictas a la violencia o que son distintas a las mujeres "normales"- o bien abordarlo sistemáticamente mediante investigaciones rigurosas. Otra vía futura de investigación es estudiar por qué muchos hombres que son maltratados por su pareja permanecen dentro de la relación (Langhinrichsen-Rohling, 2005).

### **Factores vinculados a la permanencia**

Existen múltiples factores asociados a la permanencia de la mujer en la relación de maltrato que van a condicionar su proceso de toma de decisiones (Rhodes y Baranoff, 1998; Amor, 2000; Echeburúa, Amor y Corral, 2002; Salber y Taliaferro, 2000) (tabla 1).

En primer lugar, hay un grupo de *características contextuales* relacionadas tanto con la permanencia de una mujer maltratada dentro de la relación de maltrato, como con el regreso a la convivencia con el agresor después de una separación. En este sentido, muchas mujeres que rompen la convivencia con el agresor se ven condicionadas a regresar con él cuando ellos son su única fuente de ingresos económicos (Aguirre, 1985) o cuando se encuentran motivadas por otras circunstancias (laborales, de alojamiento, etc.) (Anderson, 2003).

También es necesario considerar la gravedad de las conductas violentas. Concretamente, las víctimas afectadas por niveles relativamente bajos o moderados de violencia aguantan más la convivencia con el agresor y tienden a buscar una justificación del maltrato del que son objeto. En cambio, aquellas que sufren los *niveles más graves de violencia* son las que más desean abandonar la relación, pero paradójicamente son las que menos lo hacen (Gottman, Jacobson, Rushe, Shortt, Babcock, La Taillade y Waltz, 1995). Es más, si logran abandonar al agresor, muchas de ellas regresan nuevamente con él (Johnson, 1992; Mitchell y Hodson, 1983). No es difícil aventurar que el miedo a las represalias y el terror que sufren estas mujeres les haga desistir de sus deseos de abandonar al agresor o les condicione a regresar con él para «no empeorar aún más las cosas». condicionar

En segundo lugar, existen diversas *características de las mujeres maltratadas*, no presentes en todas las víctimas, que se han vinculado con la permanencia de la convivencia con el agresor. Aquí se incluyen tanto aspectos cognitivos y emocionales (por ejemplo, sentirse enamorada, presentar dependencia emocional con respecto al agresor, tener creencias de diferente tipo, etc.), como determinadas características de personalidad y síntomas psicopatológicos. Ahora bien, muchas de estas características hay que contemplarlas más como consecuentes del sufrimiento del maltrato a lo largo del tiempo que como antecedentes de él.

En tercer lugar, no se deben ignorar las *características de los agresores*. Aunque no todos los maltratadores son iguales (violentos exclusivamente en el hogar o violentos en general, agresores con diferentes tipos de alteraciones o

TABLA 1. Factores asociados a la permanencia de la mujer maltratada con el agresor

| <i>Características contextuales</i>                   |  |
|---|--|
| Variables sociodemográficas                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia económica.</li> <li>• Aislamiento familiar y social.</li> <li>• Hijos pequeños a su cargo.</li> <li>• Aceptación de los consejos de personas significativas sobre la conveniencia de aguantar al agresor.</li> </ul>  |
| Acceso a recursos comunitarios                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de alternativas reales en cuanto al alojamiento, empleo, servicios sociales y psicológicos de ayuda.</li> <li>• Desconocimiento de los recursos existentes.</li> </ul>   |
| Gravedad de las conductas violentas                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Moderada frecuencia e intensidad del maltrato.</li> <li>• Elevada gravedad del maltrato.</li> </ul>   |
| <i>Características de las mujeres maltratadas</i>     |  |
| Aspectos cognitivos y emocionales                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enamoramiento intenso (p. ej., la mujer sólo quiere que la violencia cese).</li> <li>• Dependencia emocional (p. ej., está contrariada emocionalmente, siente que no puede vivir sin él, etc.).</li> <li>• Creencias y errores atribucionales (p. ej., tiene la convicción de que sola no podrá sacar adelante a los hijos, piensa que hace algo que puede provocar la violencia de su marido, etc.).</li> <li>• Creencias culturales, religiosas, etc., que la alientan a mantener a la familia unida a toda costa.</li> <li>• Miedo extremo a abandonarle.</li> </ul> |
| Características de personalidad                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimientos de baja autoestima.</li> <li>• Sentimientos de culpa por la existencia de la violencia.</li> <li>• Bajo nivel de asertividad.</li> </ul>   |
| Repercusiones psicológicas en la víctima              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentimientos de indefensión y de desesperanza.</li> <li>• Ansiedad excesiva (miedo, terror, tensión, etc.).</li> <li>• Elevado grado de afectación del maltrato en su vida cotidiana.</li> </ul>  |
| <i>Características de los agresores</i>               |  |
| Características de personalidad y tipo de maltratador | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dependencia emocional (p. ej., dice que no puede vivir sin ella, que la necesita, etc.).</li> <li>• Características antisociales de personalidad.</li> <li>• Agresor de alto riesgo (p. ej., provoca niveles de violencia extremadamente graves, profiere amenazas de muerte, posee historial delictivo).</li> </ul>  |
| Conductas específicas de manipulación y maltrato      | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pide perdón y jura que no volverá a maltratarla.</li> <li>• Se presenta con un estado de ánimo deprimido y amenaza con suicidarse si es abandonado.</li> <li>• Amenaza a la víctima con graves consecuencias si es abandonado (p. ej., la matará, se quedará con la custodia de los hijos, etc.).</li> </ul>  |

trastornos psicopatológicos, etc.), muchas de sus características de personalidad, así como sus conductas de maltrato y de manipulación, tienen una gran influencia sobre el proceso de toma de decisiones de la víctima.

### *Teorías explicativas de la permanencia*

Las principales teorías pueden dividirse en dos grandes grupos: por una parte, aquellas que se centran en el *proceso de toma de decisiones* que sigue una mujer maltratada, o cualquier otra persona, que se plantea dejar a su pareja; y por otra, una serie de teorías que, de un modo u otro, aluden a una relación de *dependencia emocional* entre el agresor y la víctima, sin descuidar las *repercusiones psicopatológicas* derivadas del maltrato, que claramente interfieren en el proceso de toma de decisiones. En la *tabla 2* se presentan esquemáticamente las principales teorías.

### *Teorías centradas en el proceso de toma de decisiones*

El *modelo conceptual* de Choice y Lamke (1997) supone una integración de múltiples teorías centradas en el proceso de toma de decisiones. Desde esta perspectiva, las mujeres maltratadas deciden continuar o concluir la relación en función de la respuesta a dos preguntas clave: *¿estaré mejor fuera de la relación?* y *¿seré capaz de salir de ella con éxito?* La primera pregunta estaría modulada por cuatro factores: a) el grado de satisfacción con la relación de pareja; b) la inversión realizada; c) la calidad de las alternativas disponibles; y d) la presión ambiental y familiar para continuar o concluir la relación. La respuesta a la segunda cuestión va a depender de los recursos psicológicos disponibles (p. ej., expectativas de autoeficacia, sentimientos de control, etc.) y de los apoyos comunitarios (sociales, jurídicos, económicos, etc.). Si la mujer maltratada responde negativamente a cualquiera de las dos preguntas, tenderá a continuar dentro de la relación de pareja.

La *teoría de la inversión* (Rusbult, 1983), basada, a su vez, en la teoría de la interdependencia de Kelley y Thibaut (1978), enfatiza la relevancia que tienen las dinámicas interpersonales

(no ya factores de diferencias individuales) para predecir y conocer la estabilidad de las relaciones (Rusbult, Martz y Agnew, 1998). Desde este modelo se plantea que el grado de compromiso dentro de una relación de pareja está vinculado a tres factores: a) *grado de satisfacción*, que estaría modulado por el balance de las recompensas y de los costes percibidos asociados a una relación de pareja; b) *alternativas*, que tienen que ver con las recompensas y costes percibidos relacionados con la mejor alternativa posible; y c) *inversión*, referida al número e importancia relativa de los recursos materiales (p. ej., propiedades compartidas) y psicológicos (p. ej., niños en común, tiempo de la relación, etc.) que delimitan lo que podría perderse si la relación finaliza. Por ejemplo, si una mujer se siente muy satisfecha con su relación de pareja, considera que posee pocas alternativas y ha invertido mucho en ella, se siente más fuertemente comprometida y, por lo tanto, más inclinada a continuar con la relación. Desde esta perspectiva, las mujeres que deciden abandonar a su pareja, sean o no maltratadas, lo hacen en función de la misma información (Rhatigan y Street, 2005).

La *teoría de la trampa psicológica* (Strube, 1988), formulada inicialmente por Brockner y Rubin (1985), se aplica a mujeres maltratadas que no abandonan al maltratador. Según esta teoría, al inicio del maltrato, las mujeres invierten muchos esfuerzos con el fin de que la relación de pareja sea armoniosa. Cuando, en una fase posterior, los episodios de maltrato aumentan en frecuencia e intensidad, la mujer puede plantearse abandonar la relación. Sin embargo, muchas de ellas creen que hay posibilidades de que la relación mejore y, por ello, pueden invertir aún más esfuerzos para lograr su objetivo. Asimismo, cuantos más esfuerzos y tiempo inviertan (y hayan invertido en el pasado) para lograr una relación armoniosa, menor es la probabilidad de que se produzca el abandono de la relación de pareja.

En resumen, a pesar de que el modelo conceptual de Choice y Lamke (1997) engloba los aspectos centrales de la teoría de costes y beneficios (Pfouts, 1978), del modelo de la inversión (Rusbult, 1983), y también de la teoría de la trampa psicológica (Brockner y Rubin, 1985; Strube, 1988), múltiples investigadores toman

TABLA 2. Principales teorías explicativas sobre la permanencia de la mujer maltratada en la relación de maltrato

| Teoría  | Autores                                | Características   |
|---|--|---|
| <i>Teorías sobre el proceso de toma de decisiones</i>   |  |   |
| Teoría de costes y beneficios   | Pfouts, 1978                           | La mujer decide abandonar o seguir la relación de pareja después de considerar las ventajas (beneficios) y desventajas (costes) percibidas en función de las posibles alternativas que se le presentan.   |
| Modelo de la inversión  | Rusbult, 1983                          | La mujer analiza su grado de compromiso en la relación de pareja a partir de tres factores: grado de satisfacción, alternativas e inversión realizada en recursos materiales y psicológicos.  |
| Teoría de la trampa psicológica   | Brockner y Rubin, 1985<br>Strube, 1988 | La mujer maltratada tiene la esperanza de que cese el maltrato y cree que invirtiendo más esfuerzos y tiempo puede lograr una relación de pareja armoniosa.   |
| Modelo del proceso de toma de decisiones en mujeres maltratadas   | Choice y Lamke, 1997                   | La mujer toma una decisión en función de dos preguntas: a) ¿estaré mejor fuera de la relación?; y b) ¿seré capaz de salir de ella con éxito?  |
| <i>Teorías referidas a la dependencia emocional y a las repercusiones psicopatológicas del maltrato</i> |  |   |
| Teoría de la indefensión aprendida  | Seligman, 1975<br>Walker, 1979; 1984   | La persona que durante un periodo prolongado de tiempo sufre maltrato de forma impredecible e incontrolable llega a un estado de indefensión que hace más probable su permanencia dentro de esa relación. Asimismo su malestar (p. ej., falta de motivación, apatía, etc.) interfiere gravemente en su proceso de toma de decisiones. |
| Teoría de la unión traumática   | Dutton y Painter, 1981                 | Esta teoría se refiere al vínculo emocional que se establece entre dos personas, cuando una de ellas provoca maltrato intermitentemente a la otra.  |
| Modelo del castigo paradójico   | Long y McNamara, 1989                  | La permanencia en la situación de maltrato se debe a las contingencias de reforzamiento que se establecen en función de un patrón cíclico de interacción.   |
| Modelo de intermitencia   | Dutton y Painter, 1993                 | Las víctimas de maltrato pueden autodevaluarse e idealizar al agresor debido a la diferencia de poder entre la víctima y agresor, así como a la intermitencia extrema entre el buen y el maltrato.  |

como referencia la *teoría de la inversión* (Rusbult y Martz, 1995; Truman-Schram, Cann, Calhoun y Van Wallendael, 2000; Rhatigan y Street, 2005). Por otra parte, la teoría de la trampa psicológica también tiene componentes relacionados con las teorías de la dependencia psicológica. Específicamente, la víctima de maltrato tiene la vana esperanza de que cese el maltrato si invierte más dentro de la relación de pareja.

### *Teorías referidas a la dependencia emocional y a las repercusiones psicopatológicas del maltrato*

Este grupo de teorías tratan de explicar por qué una mujer permanece en convivencia con una persona que la maltrata. En este sentido, las teorías de la *unión traumática* (Dutton y Painter, 1981), del *castigo paradójico* (Long y McNamara, 1989) y de la *intermitencia* (Dutton y Painter, 1993) tienen en común que en la relación de pareja hay una intermitencia entre el buen y el mal trato.

La *teoría de la unión traumática* (Dutton y Painter, 1981) y el *modelo de intermitencia* (Dutton y Painter, 1993) enfatizan también la asimetría de poder entre el hombre (agresor) y la mujer (víctima). Lo que explica el mayor apego entre la víctima y el agresor es el carácter extremo del buen y el mal trato, así como la yuxtaposición temporal de ambos extremos. Además, cuanto más maltrato sufre la mujer, más minada se ve su autoestima. Este hecho puede hacer que sienta una mayor necesidad del maltratador, convirtiéndose finalmente en interdependencia.

El *modelo del castigo paradójico* (Long y McNamara, 1989), que va más allá de la teoría del ciclo de la violencia de Walker (1979, 1984), señala que la mujer permanece en la situación de maltrato debido a las contingencias de reforzamiento que se establecen en función de un patrón cíclico de interacción que está consolidado en el tiempo. Este patrón de relación consta de cinco fases: formación de la tensión, descarga de la tensión por parte del maltratador, escape de la víctima, arrepentimiento por parte del agresor y, finalmente, vuelta de la víctima a la relación. En este sentido, el incidente de maltrato -estímulo aversivo- puede convertirse en un estímulo discriminativo del posterior refor-

zamiento positivo. Es decir, después de haber finalizado el episodio de maltrato, y una vez que el maltratador dice arrepentirse de su comportamiento ante la víctima, ésta ya no es maltratada (refuerzo negativo), sino que recibe comportamientos de ternura por parte del maltratador, que representan un potente refuerzo positivo para la víctima. Finalmente, el maltrato (castigo) aumenta en la mujer la necesidad de búsqueda de amor y de afecto, que paradójica y circularmente encuentra en su pareja, debido al aislamiento en el que se encuentra.

Por otra parte, la *teoría de la indefensión aprendida* (Seligman, 1975; Walker, 1979, 1984) -junto con otras teorías que se centran en las repercusiones psicopatológicas que tiene ser objeto de violencia (teoría de los dos factores de Mowrer, 1960; teoría del procesamiento de la información de Foa y Kozak, 1986, por ejemplo)- ayuda a comprender por qué una mujer maltratada permanece dentro de la relación de pareja. En este caso, la víctima más que decidir voluntariamente si permanecer o no con el agresor, se *mantiene inmóvil* dentro de la relación, sin la esperanza de que la violencia acabe, y sin ver otras alternativas a su alcance.

### *Fases en el maltrato doméstico y respuestas emocionales en la víctima*

La violencia familiar es, habitualmente, un estilo de conducta crónico que tiende a aumentar en frecuencia e intensidad con el paso del tiempo. Por ello, la mayoría de las mujeres que sufren violencia doméstica intentan activamente superar su situación. De hecho, una buena parte de ellas -ya sea al comienzo de los malos tratos o tras años de sufrimiento- acaban por separarse del agresor o, al menos, buscan alternativas fuera de la relación. En cambio, hay un porcentaje significativo de mujeres -el 44% de aquellas que acuden a tratamiento psicológico (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002)- que permanecen en convivencia con el agresor.

Por otra parte, con el transcurso del tiempo, la respuesta emocional de la víctima ante el maltrato doméstico puede evolucionar de distinta manera (Echeburúa *et al.*, 2002) (*figura 1*). En una primera fase, al comienzo de la relación, si

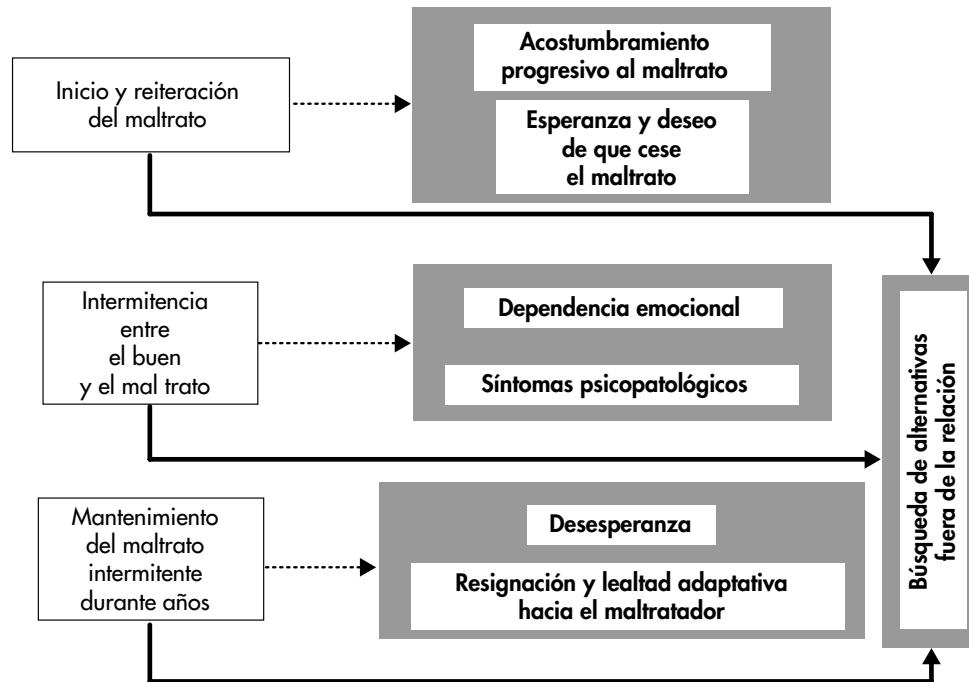


FIGURA 1. Convivencia prolongada con el agresor y respuestas en la víctima

el maltrato surge de una forma sutil e incluso imperceptible para la víctima (gestos aislados de desprecio, desvalorizaciones frecuentes, conductas de control excesivo, etc.), cabe la posibilidad, sobre todo si la víctima está enamorada, de un *acostumbramiento progresivo* a la violencia, que se considera hasta cierto punto como algo intrínseco a la vida en pareja. Este fenómeno ha sido denominado síndrome de acomodación al maltrato (Barudy, 1998; Perrone y Martine, 1998). Desde una perspectiva cognitiva, la mujer tiende a negar o minimizar tanto los malos tratos que sufre como su victimización (“tenemos nuestros más y nuestros menos”, “en todas las parejas hay roces”, etc.).

Ahora bien, si la violencia se plantea de forma explícita y descarnada ya desde el principio, uno de los factores que puede contribuir a que la mujer siga en convivencia con el agresor es la *esperanza* de que, si se sacrifica y esfuerza lo suficiente, logrará una relación armoniosa con su pareja. Esta vana esperanza de conseguir que su pareja cambie y de que, por tanto, cese la violencia puede contribuir a que la víctima soporte la convivencia con el maltratador durante meses e incluso años. Este esfuerzo inoperante que realizan algunas víctimas de mal-

trato es el aspecto central de la teoría de la trampa psicológica (Brockner y Rubin, 1985; Strube, 1988), así como un componente imprescindible tanto en el modelo de la inversión (Rusbult, 1983) como en el del proceso de toma de decisiones de Choice y Lamke (1997). En estas circunstancias la mujer suele atender selectivamente a los aspectos positivos de su pareja, justificar su comportamiento violento, e incluso a considerarse ella, en cierto modo, culpable de la violencia de la que es objeto (p. ej., “aparte de sus enfados, es un gran hombre”, “¡seguramente debería ser mejor esposa!”, etc.).

En una segunda fase, una vez establecida la violencia crónica como pauta frecuente de relación, entremezclada habitualmente con períodos de arrepentimiento y de ternura, puede producirse en la víctima una situación de *dependencia emocional*, también denominada *apego paradójico* (Saltijeral, Ramos y Caballero, 1998). En este caso, el énfasis en la *intermitencia* entre el buen y el maltrato es el denominador común de las diversas teorías psicológicas. En este contexto muchas mujeres consideran que deben seguir luchando para que su pareja cambie y pueden sobrevalorar las posibilidades de cambio de él (“con el tiempo cambiará”, “hay



que darle tiempo”, etc.). Asimismo, es en esta fase cuando la mujer, al no explicarse el porqué de la violencia, puede seguir culpándose a sí misma de provocarla o de no saber tratar adecuadamente a su pareja. Finalmente, esta situación, claramente insana, genera en la víctima diversos síntomas psicopatológicos o estrategias de afrontamiento defectuosas (p. ej., abuso de fármacos, consumo de drogas, dependencia del alcohol, mayor aislamiento social y familiar, etc.).

Por último, en una tercera fase, cuando la víctima se siente muy mal y se percata de que la violencia continúa e incluso aumenta en intensidad, la percibe ya como incontrolable. En este caso ya ha *perdido la esperanza* en el cambio y desconfía incluso de su capacidad para abandonar la relación. Es decir, la víctima -ante su desamparo y desesperanza- entra en una especie de *vía muerta*, que la conduce a una mayor gravedad psicopatológica (síntomatología depresiva y baja autoestima, trastorno de estrés posttraumático, ideas o intentos de suicidio, etc.). En esta fase se pueden integrar aquellas teorías que explican la aparición de múltiples trastornos psicopatológicos, tales como la *teoría de la indefensión aprendida* (Seligman, 1975; Walker, 1979, 1984).

No obstante, algunas mujeres pueden atenuar su sintomatología psicopatológica, aun a pesar de convivir con el agresor, resignándose y haciendo propio el sistema atribucional del maltratador. De esta forma, la conducta violenta puede ser atribuida a factores externos (el estrés laboral, el consumo de alcohol, las dificultades con la educación de los hijos, etc.) o internos del sujeto (el mal carácter, los *prontos*, etc.). A su vez, la víctima presta una atención selectiva a los aspectos positivos de la situación (contar con un hogar, tener una estabilidad económica, disfrutar de los períodos sin violencia, etc.), lo que constituye una variante del *síndrome de Estocolmo* (Montero, 2000).

### Consecuencias físicas y psicopatológicas del maltrato en la mujer

Cada vez existen más investigaciones que vinculan la violencia doméstica con el padeci-

miento de múltiples problemas de salud (físicos, psíquicos y sociales). Asimismo, sufrir maltrato durante mucho tiempo supone un factor de riesgo más para la salud, en la medida en que puede llevar a muchas víctimas a utilizar estrategias de afrontamiento inadecuadas (por ejemplo, fumar en exceso, abusar del alcohol, consumir otras drogas, alimentarse mal, etc.).

### Consecuencias físicas

Los efectos físicos de la violencia doméstica van más allá de las mujeres maltratadas que requieren asistencia médica de urgencia por las heridas y traumatismos sufridos. Muchos problemas de salud de las víctimas aparecen como respuesta física al estrés que han soportado durante meses o años. Igualmente, aunque la violencia doméstica haya finalizado, sus consecuencias pueden permanecer durante mucho tiempo (Campbell, 2002).

En términos generales se puede hablar de tres grupos de consecuencias físicas (Sepúlveda, 2000): a) *inmediatas*, que serían aquellas producidas tras la agresión, tales como lesiones físicas de diferente índole y la multitud de síntomas derivados como respuesta física ante el estrés soportado (p. ej., dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, caída de las defensas del sistema inmunitario, sensación de fatiga crónica, etc.); b) *a largo plazo*, derivadas de la violencia crónica, y que pueden subdividirse en enfermedades médicas o psicosomáticas (p. ej., trastornos cardiovasculares, respiratorios, inmunológicos, endocrinológicos, gastrointestinales, dermatológicos, ginecológicos, etc.) y en secuelas físicas (anatómicas, funcionales o estéticas); y c) *muerte de la víctima*, que puede ocurrir tanto de forma inmediata (p. ej., episodio de maltrato, homicidio premeditado, etc.) como tardía (muerte natural derivada de las secuelas producidas por el maltrato).

### Consecuencias físicas más frecuentes

Aparte de esta breve descripción acerca de las posibles consecuencias físicas derivadas del maltrato doméstico, existen una serie de síntomas que aparecen frecuentemente en las muje-

res que han sufrido cualquier tipo de maltrato y que les lleva a tener importantes problemas de salud física y emocional (Rodríguez, 1989; Follingstad, Brennan, Hause, Polek *et al.*, 1991; Ratner, 1993, 1995; Eby, Campbell, Sullivan y Davidson, 1995; Campbell, 2002). En conjunto, las víctimas de maltrato muestran menos salud general (*cf.* Campbell, 2002) que la población general, lo que se manifiesta en un mayor número de síntomas físicos (McCauley, Kern, Kolodner, Dill, *et al.*, 1995), así como en una elevada frecuencia de quejas médicas inespecíficas y de problemas crónicos (Walling, Reiter, O'Hara, Milburn *et al.*, 1994; Plichta y Abraham, 1996).

Más específicamente, suelen presentar *dolores* que habitualmente están cronificados y que se extienden por diferentes partes del cuerpo (Bergman, Larsson, Brismar y Klang, 1987): dolores de cabeza y migrañas (Follingstad *et al.*, 1991; Eby *et al.*, 1995; Ratner, 1995; *cf.* Campbell, 2002), dolores de espalda y de cuello (Rodríguez, 1989; Follingstad, *et al.*, 1991; Ratner, 1995; *cf.* Campbell, 2002), dolores pélvicos y en el área genital (*cf.* Campbell, 2002), dolores torácicos (Eby *et al.*, 1995), dolores en las extremidades (Follingstad, *et al.*, 1991), etc. Esto explica por qué muchas víctimas de maltrato suelen ser tratadas en clínicas de dolor crónico (Haber, 1985).

Por otra parte, son característicos otros trastornos asociados al estrés: problemas estomacales e intestinales, tales como úlceras, náuseas, problemas digestivos, diarrea, etc. (Rodríguez, 1989; Drossman *et al.*, 1990; Follingstad *et al.*, 1991; *cf.* Campbell, 2002), problemas de sueño (Eby *et al.*, 1995) y elevados niveles de presión sanguínea (Rodríguez, 1989).

En definitiva, la situación de violencia familiar representa un estresor crónico para la mujer maltratada que trae consigo consecuencias muy negativas para su salud. La víctima, al verse desbordada por la violencia, sufre cambios neurofisiológicos (p. ej., en los niveles de cortisol) que están relacionados con múltiples síntomas (dolores de cabeza, problemas gastrointestinales, caída de las defensas del sistema inmunitario, sensación de fatiga crónica, etc.). Asimismo, el estrés crónico, al suprimir la respuesta inmunológica en proporción directa a la intensidad del estresor, puede debilitar el sistema inmuni-

tario y hacerlo más vulnerable ante las infecciones. Por otra parte, una situación de estrés crónico facilita, a su vez, la automedicación y la dependencia de analgésicos y ansiolíticos, que a largo plazo suponen un intento fallido de hacer frente al malestar generado por el maltrato.

Por último, las mujeres maltratadas requieren asistencia sanitaria en mayor medida que el resto de mujeres (Ratner, 1993; 1995). Concretamente, acuden con más frecuencia a servicios de urgencias (McCauley *et al.*, 1995), buscan más a menudo asistencia psiquiátrica (Bergman *et al.*, 1987) y muestran una mayor probabilidad de ser hospitalizadas o intervenidas quirúrgicamente (Drossman *et al.*, 1990).

### *Consecuencias físicas del maltrato sexual*

Los problemas físicos más frecuentes en las víctimas de maltrato sexual son los ginecológicos (Campbell, 2002). Estos trastornos son los más duraderos y se dan en una proporción tres veces mayor que en las mujeres no maltratadas (McCauley *et al.*, 1995). En la *tabla 3* se indican los principales problemas físicos relacionados con el maltrato sexual (Campbell, 1995; Plichta, 1996; Plichta y Abraham, 1996; Jones y Horan, 1997; Salber y Taliaferro, 2000; *cf.* Campbell, 2002).

Los síntomas más prevalentes son el *dolor pélvico crónico* y la *dispareunia* (Eby *et al.*, 1995). Además, son característicos el *trastorno inflamatorio pélvico*, los *dolores abdominales y gastrointestinales*, así como frecuentes *problemas genitourinarios* (infecciones, hemorragias vaginales, etc.). Algunas víctimas de maltrato sexual también presentan *enfermedades de transmisión sexual* (incluyendo el HIV y el SIDA), derivadas fundamentalmente del mantenimiento de relaciones íntimas sin protección (Eby *et al.*, 1995). En estos casos, el contagio no proviene del comportamiento de la mujer (p. ej., del posible consumo de drogas por vía intravenosa, etc.), sino del maltratador, que, además de tener contactos sexuales con otras personas, puede forzar a su pareja a mantener relaciones sexuales sin protección.

Por otra parte, las víctimas de maltrato físico que también son agredidas sexualmente por su

TABLA 3. Principales trastornos físicos asociados al maltrato sexual

- Dolor pélvico crónico
- Trastorno inflamatorio pélvico
- Dolores abdominales y gastrointestinales
- Dispareunia
- Disminución del deseo sexual
- Heridas inexplicadas o que se encuentran en varias fases de evolución
- Enfermedades transmitidas sexualmente (HIV, SIDA)
- Frecuentes infecciones del tracto urinario y la vagina
- Hemorragias vaginales inexplicables
- Irritación genital
- Fibromas
- Manifestaciones somáticas de ansiedad (dolores de cabeza, dolores en el pecho, palpitaciones, sensación de asfixia, entumecimiento y hormigueo, etc.)
- Problemas asociados al estrés
- Abuso de alcohol y otras drogas
- Obesidad

pareja –aproximadamente entre el 35% y el 45% de las víctimas de maltrato físico (Campbell y Alford, 1989; ; Weingourt, 1990; Eby *et al.*, 1995)– tienen un mayor riesgo de sufrir problemas de salud que aquellas que sufren exclusivamente violencia física (*cf.* Campbell, 2002).

Existen síntomas y comportamientos problemáticos -manifestaciones somáticas de la ansiedad, problemas asociados al estrés, consumo abusivo de alcohol y drogas, etc.- que aparecen tanto en víctimas de maltrato sexual como en mujeres maltratadas física o psicológicamente. Este aspecto sugiere que, además de ser interesante analizar las consecuencias físicas en función del tipo de maltrato, se deben considerar diferencialmente otro tipo de factores, tales como la intensidad de los malos tratos y su extensión en el tiempo, el método de coacción utilizado para agredir sexualmente a la pareja, el grado de vulnerabilidad de la víctima a padecer diferentes problemas de salud, etc.

Finalmente, el maltratador sexual ejerce este tipo de violencia a través de diferentes *métodos coactivos*. Los más utilizados son las amenazas verbales, la violencia físicas y el abuso de alcohol

(Sternmac, Del Bove y Addison, 2001). A su vez, los menos empleados son el uso de drogas o armas y la agresión a la víctima mientras duerme.

### *Consecuencias físicas del maltrato durante el embarazo*

El embarazo de una mujer, lejos de constituir un revulsivo contra la violencia, puede suponer un periodo potencial de incremento del riesgo de ser maltratada (Lipsky, Holt, Easterling y Critchlow, 2005).

Aproximadamente entre el 1% y el 20% de las mujeres embarazadas sufren violencia doméstica por parte de su pareja, aunque la mayoría de las investigaciones han encontrado una prevalencia que se sitúa entre el 4% y el 8% (Gazmararian, Lazorick, Spitz, Ballard *et al.*, 1996). También alrededor del 43% de las víctimas de maltrato doméstico que acuden a tratamiento psicológico han sido maltratadas durante el embarazo (Amor *et al.*, 2002).

El maltrato físico durante el embarazo supone un factor de riesgo de muerte para la ma-

dre, el feto o ambos (Chambliss, 1997; Campbell, 2002) e incluso de homicidio intraconyugal (Campbell, 1986). A su vez, la violencia física durante este periodo puede provocar diversos problemas, tales como infecciones del tracto urinario, lesiones y secuelas físicas en la mujer y en el feto, abortos espontáneos e inducidos, inicio tardío de los cuidados prenatales, pobre ganancia de peso en la mujer, dolores en la finalización del embarazo, parto prematuro, poco peso del recién nacido, etc.

Dentro de este contexto existen dos aspectos que han sido objeto de numerosas investigaciones. Por una parte, hay una moderada relación entre la violencia durante el embarazo y el bajo peso del recién nacido (Murphy, Schei, Myhr y Du Mont, 2001). Y por otra, las mujeres maltratadas durante el embarazo, fuman y consumen alcohol y otras drogas con mayor frecuencia que las mujeres embarazadas que no son maltratadas (Amaro, Fried, Cabral y Zuckerman, 1990; Chambliss, 1997; Lipsky *et al.*, 2005). El consumo de estas sustancias durante el embarazo, a pesar de los riesgos que entraña para la víctima y la criatura en gestación, puede suponer una estrategia de afrontamiento para aliviar los efectos de la violencia sufrida. De hecho, este consumo tiende a incrementarse después de un episodio violento (Kilpatrick, Acierno, Resnick, Saunders y Best, 1997).

Finalmente, otro factor que puede tener consecuencias graves para la salud de la madre y del feto es el aislamiento al que pueden verse sometidas las mujeres maltratadas, que les dificulta la búsqueda de atención prenatal.

### ***Repercusiones psicopatológicas***

A nivel psicológico, las consecuencias del maltrato crónico pueden resultar devastadoras para la estabilidad emocional de la víctima. En general, no se trata de limitaciones de la personalidad de la víctima, sino de la reacción psicológica a la violencia crónica.

Un elevado porcentaje de víctimas de violencia familiar presenta un perfil psicopatológico caracterizado por el trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y por otras alteraciones clínicas (depresión, ansiedad patológica, etc.)

(Echeburúa *et al.*, 1997; Golding, 1999; Amor *et al.*, 2002). El resultado, en último término, es una inadaptación a la vida diaria y una interferencia grave en el funcionamiento cotidiano.

### ***Trastorno de estrés posttraumático***

La tasa de prevalencia del TEPT es muy elevada en mujeres maltratadas. Por ejemplo, Golding (1999) –a partir de un meta-análisis basado en 11 investigaciones– encontró una prevalencia media de este cuadro clínico del 63,8% (con un rango que osciló entre el 31% y el 84,4%). Otras investigaciones –no incluidas en este meta-análisis– ofrecieron tasas de prevalencia similarmente elevadas (Herman, 1992; Vitanza, Vogel y Marshall, 1995; Perrin, Van Hasselt y Hersen, 1997; Echeburúa *et al.*, 1997; Amor *et al.*, 2002). Esta prevalencia media es muy parecida a la que sufren las víctimas de agresiones sexuales (70%) (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2001a) y significativamente superior a la existente en la población general de mujeres (entre el 1,3% y el 12,3%) (*cf.* Golding, 1999).

Asimismo un considerable porcentaje de mujeres maltratadas se ven afectadas por el denominado por Hickling y Blanchard (1992) *sub-síndrome de estrés posttraumático* (es decir, la presencia de dos de los tres criterios diagnósticos, siendo uno el de reexperimentación y otro el de evitación o el de hiperactivación). Concretamente, un estudio reciente (Amor, *et al.*, 2001a), a partir de una muestra de 212 mujeres víctimas de maltrato en el hogar, obtuvo una prevalencia del TEPT del 46% y del sub-síndrome de este cuadro clínico del 16%. Por tanto, aproximadamente tan sólo una de cada tres víctimas de maltrato que acude a tratamiento psicológico no presenta sintomatología clínicamente relevante de este trastorno.

Por otra parte, la violencia repetida e intermitente, entremezclada con períodos de arrepentimiento y ternura, suscita en la mujer una ansiedad extrema y unas respuestas de alerta y de sobresalto permanentes, que guardan mucha relación con el TEPT. No en vano muchas mujeres maltratadas sienten una amenaza incontrolable a su vida y a su seguridad personal.

En estas circunstancias el frecuente consumo abusivo de alcohol, medicamentos o drogas tiene diversas explicaciones. Por una parte, la automedicación puede bloquear los síntomas del estrés postraumático, así como de otro tipo de respuestas psicopatológicas (Walker, 1994); y, por otra, la cantidad de consumo de estas sustancias guarda relación con la gravedad de la violencia sufrida y con el grado de amenaza percibido. Por ejemplo, a mayor gravedad de la violencia sufrida, mayor es el consumo de alcohol (Clark y Foy, 2000). Por otra parte, las víctimas que han logrado salir de una relación violenta tienden a reducir su consumo de alcohol, incluso sin ayuda terapéutica (Eberle, 1982; Walker, 1984).

### *Ansiedad excesiva*

Aunque el TEPT es un cuadro clínico que engloba, en gran medida, la sintomatología de ansiedad extrema que sufren las mujeres maltratadas, pueden darse otros trastornos de ansiedad. Así, las víctimas de maltrato presentan significativamente más trastornos de ansiedad –fobia específica, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada– y de depresión que la población general (Gleason, 1993; McCauley *et al.*, 1995; Tang, 1997). Sin embargo, en varios estudios no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de prevalencia de los trastornos de pánico y de ansiedad generalizada entre mujeres maltratadas y no maltratadas (Cascardi, O'Leary, Lawrence y Schlee, 1995; Saarijärvi, Niemi, Lehto, Ahola y Salokangas, 1996). En cualquier caso, alrededor del 83% de las víctimas de maltrato doméstico muestran elevados niveles de ansiedad (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 2001b).

Por otra parte, se ha relacionado la alta tasa de prevalencia de problemas de ansiedad en víctimas de maltrato con diversas estrategias de afrontamiento de las víctimas. Concretamente, las víctimas de maltrato pueden realizar diversas actividades compulsivas para defenderse de la elevada ansiedad que sufren y de la percepción negativa que tienen de sí mismas (Gleason, 1993). En otros casos pueden mostrar difi-

cultades para viajar solas en transportes públicos o salir solas lejos de casa (síntomas agorafóbicos), como estrategia protectora de los comportamientos celotípicos o controladores del maltratador (Saunders, 1994).

Estos datos sugieren que gran parte de los síntomas de ansiedad excesiva que sufren las mujeres maltratadas se deben a su victimización. Quizá sea más adecuado considerar las respuestas al estrés extremo dentro de un continuo más que como un único trastorno (Herman, 1992).

### *Sintomatología depresiva*

Uno de los cuadros clínicos más frecuentemente relacionados con los efectos de la violencia familiar es la depresión (Rosewater, 1988; Sato y Heiby, 1992; Cascardi y O'Leary, 1992; Campbell, Sullivan y Davidson, 1995). La tasa de prevalencia de la depresión en víctimas de maltrato es más bien heterogénea y puede oscilar entre el 15% y el 83%. Según Golding (1999), la tasa de prevalencia media de este cuadro clínico en mujeres maltratadas es del 47,6%. En definitiva, este valor es claramente superior al encontrado en la población general de mujeres, que se sitúa entre el 10,2% (Weissman, Bruce, Leaf, Florio y Holzer, 1991) y el 21,3% (Kessler, McGonagle, Zhao, Nelson *et al.*, 1994).

Asimismo, desde una perspectiva dimensional, las mujeres víctimas de maltrato presentan puntuaciones significativamente más altas que las mujeres no maltratadas en sintomatología depresiva (Gellen, Hoffman, Jones y Stone, 1984; Jaffe, Wolfe, Wilson y Zak, 1986; Ratner, 1993). Por otra parte, las víctimas de maltrato que sufren una mayor gravedad, frecuencia o duración de la violencia presentan con más probabilidad depresión o mayor gravedad de sintomatología en este trastorno (Mitchell y Hodson, 1983; Gelles y Harrop, 1989; Kemp, Rawlings y Green, 1991; Cascardi y O'Leary, 1992; Orava, McLeod y Sharpe, 1996; Campbell y Lewandowski, 1997).

Por otra parte, se ha observado que aquellas víctimas de maltrato que llevan seis meses o más sin sufrir violencia doméstica presentan una significativa disminución de la sintomato-

logía depresiva (Walker y Browne, 1985; Follingstad *et al.*, 1991; Campbell *et al.*, 1995; Surtees, 1995; Orava *et al.*, 1996; Campbell y Soeken, 1999). Por tanto, cuando el maltrato –que supone la principal fuente de estrés para la víctima de violencia doméstica– desaparece, los síntomas depresivos descienden notablemente.

### *Tendencias suicidas*

Sufrir violencia doméstica es un factor de riesgo para la aparición de ideas o intentos de suicidio en las víctimas. El sufrimiento experimentado, el desamparo y la desesperanza vividos, así como la percepción de ausencia de salidas (el temor a mayores daños si continúa la convivencia y el miedo al acoso o a las agresiones si se consuma la separación), llevan a muchas víctimas a sentirse atrapadas en la relación.

Por otra parte, existe una fuerte asociación entre los síntomas depresivos y las tendencias suicidas. Así, se ha observado recientemente que las víctimas de maltrato con intentos de suicidio puntuaban significativamente más alto en todos los ítems del inventario de depresión de Beck (BDI-II) (Beck, Steer y Brown, 1996) que aquellas mujeres maltratadas sin intentos de suicidio (Houry, Kaslow y Thompson, 2005). Por ello, no es extraño que una de cada cuatro mujeres que lleva a cabo un intento de suicidio sea –o haya sido– víctima de maltrato (Stark y Flitcraft, 1988). Asimismo, de todas las mujeres que acuden a urgencias, aquellas que son maltratadas presentan una probabilidad cinco veces mayor de intentos de suicidio que las que no lo son (Rhodes, Lauderdale, He y Howes, 2002).

Aunque la tasa de prevalencia de las tendencias suicidas es heterogénea de unas investigaciones a otras (con un rango que oscila entre el 4,6% y el 77% de las víctimas), la tasa de prevalencia media se sitúa en el 17,9% de las mujeres afectadas (es decir, una de cada seis), que está muy por encima de la media de la población normativa. En ésta la tasa de ideación suicida oscila entre el 0,8% y el 15,9%, mientras que los intentos de suicidio fluctúan entre el 0,1% y el 4,3% (Moscicki, 1989).

Por último, Houry *et al.* (2005) recomiendan que en los ámbitos de urgencia se apliquen, a

modo de instrumento de *screening*, los cuatro ítems del BDI-II que muestran una mayor capacidad predictiva del riesgo de intentos de suicidio (tristeza, autodesagrado, ideas de suicidio y sentimientos de desprecio contra uno mismo).

### *Baja autoestima*

El maltrato doméstico, además de estar asociado a sintomatología depresiva, está relacionado con baja autoestima en la mujer (McCauley *et al.* 1995; Plichta, 1996; Campbell y Soeken, 1999; Amor *et al.*, 2002). Por ello, las mujeres maltratadas presentan niveles de autoestima más bajos que las mujeres no maltratadas (Mitchell y Hodson, 1983; Aguilar y Nightingale, 1994; McCauley *et al.*, 1995; Orava *et al.*, 1996). Por otra parte, la baja autoestima supone un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la sintomatología depresiva (Cascardi y O’Leary, 1992) y una dificultad adicional para salir de la relación de maltrato (Aguilar y Nightingale, 1994).

Existen discrepancias acerca de los efectos que tiene el tipo de maltrato sufrido sobre la autoestima. Según Cascardi y O’Leary (1992), el *maltrato físico repetido y continuo* produce un efecto más dramático y duradero en la autoestima de las mujeres maltratadas que en la sintomatología depresiva, aunque, según Tuel y Russell (1998), el maltrato físico predice la sintomatología depresiva. A su vez, Campbell (1989) indica que el *maltrato sexual* está relacionado significativamente con bajos niveles de autoestima, y en especial con el componente de la imagen corporal. También se ha encontrado una elevada relación entre el *maltrato emocional* y niveles bajos de autoestima (Aguilar y Nightingale, 1994; Tuel y Russell, 1998). Es más, el maltrato que implica *control* sobre la mujer maltratada –el maltratador dice lo que la víctima puede hacer, decir, ver, la impide ir a trabajar, etc.– es el único tipo de maltrato que estaba asociado a bajos niveles de autoestima (Aguilar y Nightingale, 1994).

Por otra parte, otro aspecto asociado a la autoestima y al estado de ánimo es el *locus de control* de la víctima. En general, las víctimas de maltrato tienen un locus de control externo con más probabilidad que las mujeres no maltratadas (Orava *et al.*, 1996). Asimismo las mujeres

que sufren maltrato físico perciben que su vida está más controlada por factores externos que las mujeres no maltratadas (Pagelow, 1984; Browne, 1986; Finn, 1986). Aun así, aquellas mujeres que son maltratadas, y que perciben más apoyo por parte de su pareja y se sienten más eficaces en su relación -locus de control interno-, experimentan más síntomas de depresión que las mujeres que se sienten menos eficaces o que perciben menos apoyo (Arias, Lyons y Street, 1997). Una posible explicación es que las víctimas que tienen un locus de control interno se sienten más responsables del maltrato que sufren y, por tanto, pueden culparse por ello y estar anímicamente más bajas que aquellas con un locus de control externo.

### *Sentimientos de culpa*

Las víctimas de violencia doméstica, aunque resulte sorprendente, muestran sentimientos de culpa en mayor medida que las mujeres no maltratadas (Barnett, Martínez, y Keyson, 1996). Ahora bien, se han encontrado tasas de prevalencia de estos sentimientos muy dispares de unos estudios a otros. Mientras que Cascardi y O'Leary (1992) observaron que tan sólo el 12,5% de las víctimas de maltrato se culpaban a sí mismas de haber causado la violencia de la que habían sido objeto y el 18% se culpaban por la aparición del primer episodio de maltrato, Kubany, Haynes, Abueg, Manke *et al.* (1996) hallaron que sólo el 3,6% no se sentían culpables del maltrato sufrido, casi la mitad presentaban un nivel moderado de sentimientos de culpa y el 24% se sentían extremadamente culpables.

Por otra parte, los sentimientos de culpa no son exclusivos de las víctimas de maltrato doméstico. También existen en víctimas de accidentes y de incendios graves, en ex combatientes, supervivientes de catástrofes, e incluso en familiares de víctimas de homicidio, suicidio, accidentes y enfermedades repentinas (*cf.* Kubany *et al.*, 1996). Además, esta culpa es diferente y más grave que la evocada por sucesos ordinarios, debido a que los sucesos traumáticos causan más dolor y estrés que los sucesos de la vida cotidiana (Kubany y Manke, 1995).

Las víctimas de violencia doméstica pueden sentirse culpables en función de diferentes fac-

tores (Byrne, Arias y Lyons, 1993; Kubany y Manke, 1995; Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Corral y Amor, 2001), tales como las percepciones que tienen sobre sí mismas, algunos comportamientos realizados, los sentimientos que tienen con respecto al maltratador, el arrepentimiento por algunas de las decisiones importantes que han tomado en su vida, la creencia de los comentarios culpabilizadores que pueden provenir del maltratador, de los familiares o de la sociedad, etc. En la *tabla 4* se señalan algunas de las atribuciones relacionadas con la culpa en víctimas de violencia doméstica.

Estos factores, además de contribuir a que la víctima se sienta responsable de su victimización, favorecen la creencia de que ellas *deben cambiar* para que cese el maltrato del que son objeto. En ellas también pueden darse cambios cognitivos, tales como mostrar lealtad paradójica hacia el maltratador o hacer atribuciones causales que incrementan sus sentimientos de culpa y de recelo generalizado (Saunders, 1994). Asimismo estos factores, considerados en su conjunto, dificultan la búsqueda de ayuda externa (acudir a centros asistenciales, denunciar a la policía, etc.). Por ello, el conjunto de creencias erróneas asociadas a sus sentimientos de culpa debe convertirse en un objetivo terapéutico prioritario (Kubany y Manke, 1995).

Desde otra perspectiva, las mujeres maltratadas no siempre se culpan por el maltrato sufrido (Frieze, 1979). De hecho, a medida que se incrementa la gravedad de la violencia, la mujer tiende a culpar con más probabilidad al maltratador. Pero en aquellos casos en que la víctima sigue culpándose, es más probable la presencia de síntomas depresivos (Walker, 1979). Por otra parte, las mujeres que disculpan a los hombres violentos tienden a hacerlo únicamente mientras dura la relación; una vez liberadas de las presiones sociales, son, por lo general, capaces de ver con claridad quién es el verdadero culpable.

### **Gravedad psicopatológica en función del tipo y circunstancias del maltrato**

El maltrato doméstico es un suceso traumático que produce unas graves consecuencias fi-

TABLA 4. Sentimientos de culpa en mujeres maltratadas en el hogar (Echeburúa y Corral, 1998)

|   |
|---|
| <b>Atribuciones a su personalidad</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerarse estúpidas.</li> <li>• Verse poco atractivas.</li> <li>• Sentirse sin valía o inferiores a las demás.</li> </ul>   |
| <b>Atribuciones a su conducta</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Creerse provocadoras de la violencia sufrida.</li> <li>• Mantener sentimientos ambivalentes hacia su pareja.</li> <li>• Haber cedido a los "chantajes" o a las amenazas del agresor.</li> <li>• Haber tenido contactos sexuales a su pesar.</li> <li>• Ocultar su problema –o encubrir al maltratador– ante otras personas (familiares, amigas, etc.) o ante diversos profesionales (médico, asistente social, abogado, etc.).</li> <li>• Haber denunciado al maltratador.</li> <li>• Sentirse responsable de las medidas legales tomadas contra el agresor.</li> <li>• Haberse casado "voluntariamente" con el agresor, en contra de los consejos de algunos familiares o amigos.</li> <li>• Sentirse responsables del maltrato infligido por su marido a los hijos.</li> </ul> |
| <b>Atribuciones a la transgresión de normas autoimpuestas</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Considerarse responsable de haber "roto" a la familia o de que los hijos carezcan de recursos por la separación de la pareja.</li> <li>• Pensar que los problemas del hogar no deben salir al exterior.</li> <li>• Haber destruido el "principio" de que la pareja debe permanecer unida, de que casarse es para siempre o de que el "amor debe ser eterno".</li> </ul>  |

sicas y psicológicas en las víctimas que lo sufren. Asimismo existen una serie de factores que, con relativa independencia de las diferencias individuales (p. ej., la fortaleza física y psicológica de cada persona, los recursos psicológicos propios, la edad, etc.), pueden agravar aún más el malestar de las víctimas. A continuación se revisan algunos de estos factores.

### ***Maltrato físico y psicológico***

El maltrato psicológico tiene un impacto tan grande en las víctimas como la violencia física (O'Leary, 1999). Según Follingstad, Rutledge, Serg, House y Ploek (1990), las humillaciones continuas producen un impacto sobre la estabilidad emocional de las víctimas similar al producido por las agresiones físicas. Igualmente, estudios más recientes no han encontrado diferencias significativas en el perfil psicopatológico

entre las víctimas de maltrato físico y las de maltrato psicológico (Echeburúa *et al.*, 1997; Amor *et al.*, 2001b). Concretamente, ambos grupos de víctimas -maltrato físico ( $n_1=137$ ) y maltrato psicológico ( $n_2=75$ )- puntuaron parecido, tanto en la tasa de prevalencia y gravedad del TEPT como en otros síntomas de malestar emocional (ansiedad excesiva, sintomatología depresiva, autoestima e inadaptación global) (Amor *et al.*, 2001b). En esta investigación resulta llamativo que el perfil psicopatológico sea similar cuando las circunstancias de maltrato de las mujeres maltratadas físicamente eran objetivamente peores tanto en la *gravedad* del maltrato (comienzo anterior del maltrato, violencia de más larga evolución y que con más frecuencia se extendía a los hijos) como en la *intensidad* (p. ej., mayor probabilidad de sufrir relaciones sexuales forzadas, maltrato durante los embarazos, presentación de denuncias, necesidad de salir del hogar, etc.).



Por otra parte, hay incluso investigaciones en que el maltrato psicológico, aunque no cause heridas físicas, puede producir un impacto más perjudicial y duradero que el maltrato físico (Goldberg y Tomlanovich, 1984; Walker, 1994). Este aspecto puede relacionarse con el intenso miedo, la culpa y el daño que ocasiona el maltrato psicológico sobre la autoestima de las víctimas. Otra característica del maltrato psicológico es que en algunos casos es el primer peldaño de la violencia física (sin que desaparezca la psicológica). En este sentido el maltrato psicológico que se da en los primeros 18 meses de matrimonio predice la violencia física en el matrimonio al año siguiente (O'Leary, Malone y Tyree, 1994).

Por último, es posible que en el futuro se encuentre que el maltrato psicológico y el abandono emocional son particularmente devastadores para las víctimas (niños o adultos), al interferir con el desarrollo de la autoestima, la autoaceptación y la regulación emocional (Langhinrichsen-Rohling, 2005).

### ***Relaciones sexuales forzadas***

Las víctimas que sufren *relaciones sexuales forzadas* por parte de su pareja, además de maltrato físico o psicológico, presentan una mayor tasa de prevalencia del TEPT que aquellas que no son forzadas sexualmente (tasas de prevalencia del 53,8% y el 41,8%, respectivamente) (Amor *et al.*, 2001a). Es decir, el maltrato sexual es un predictor específico del TEPT (Kemp, Green, Hovanitz y Rawlings, 1995), pero no tanto de otros síntomas de malestar emocional (ansiedad excesiva, sintomatología depresiva, autoestima e inadaptación global) (Amor, 2000; Amor *et al.*, 2001a).

Por otra parte, el maltrato sexual puede tener peores consecuencias en aquellas mujeres que al revelar su victimización son cuestionadas o incluso culpadas por ello (Marx, 2005). A su vez, las víctimas que sufren maltrato físico y sexual, a diferencia de aquellas que exclusivamente son maltratadas físicamente, tienen un mayor riesgo de suicidio y de consumo abusivo de alcohol (Wingwood, DiClemente y Raj, 2000), e incluso de ser asesinadas por el agresor (Campbell y Soeken, 1999).

Desde otra perspectiva, se han comparado a víctimas de maltrato (con presencia o ausencia de relaciones sexuales forzadas) con víctimas (recientes y no recientes) de agresión sexual extraconyugal en los síntomas del TEPT (tabla 5). Aunque todos los grupos mostraron elevadas puntuaciones en la sintomatología del TEPT, fueron las víctimas recientes de agresión sexual extraconyugal las que obtuvieron puntuaciones mucho más elevadas que el resto de los grupos.

Sin embargo, las mujeres maltratadas sexualmente y las víctimas de agresión sexual extraconyugal no reciente presentaban niveles similares de gravedad en este cuadro clínico (Amor *et al.*, 2001a). Estos resultados indican que el maltrato sexual causado por la pareja tiene unas consecuencias similares a las agresiones sexuales cometidas por un desconocido. Es más, según Mahoney (1999), las mujeres agredidas sexualmente en su matrimonio presentan una probabilidad 10 veces mayor de sufrir múltiples episodios de maltrato sexual que las mujeres violadas por un extraño o conocido.

Según Woods (2005), los diferentes núcleos de síntomas del TEPT están relacionados diferencialmente con la salud física de las víctimas. Concretamente, los síntomas de hiperactivación eran los síntomas que mejor predecían la salud física en mujeres maltratadas y en mujeres ex combatientes; en cambio, los síntomas de reexperimentación eran los que estaban más relacionados con la salud física de las víctimas de violación. Esto se podría explicar en parte por la diferencia entre ser victimizada una vez (agresión sexual) o sufrir múltiples episodios traumáticos a largo plazo (en el caso de las víctimas de maltrato o ex combatientes).

### ***Otras circunstancias del maltrato***

Además del tipo de violencia soportada (física, psicológica o sexual), existen otras circunstancias del maltrato relacionadas con la psicopatología que sufren las mujeres maltratadas. Específicamente, según Amor *et al.* (2002), las víctimas que carecen de apoyo social o familiar y siguen en convivencia con el agresor, o recientemente se han separado de él,

TABLA 5. Comparaciones intergrupales en función del trastorno de estrés postraumático (Amor *et al.*, 2001)

|   | (1)<br>Maltrato sin relaciones sexuales forzadas<br>(n= 134) |        | (2)<br>Maltrato con relaciones sexuales forzadas intrafamiliares<br>(n= 78) |        | (3)<br>Víctimas recientes de agresión sexual extraconyugal<br>(n= 49) |         | (4)<br>Víctimas no recientes de agresión sexual extraconyugal<br>(n= 54) |         | F                                 |
|---|--|--------|---|--------|---|---------|--|---------|-----------------------------------|
|   | MEDIA  | (DT)   | MEDIA   | (DT)   | MEDIA   | (DT)    | MEDIA  | (DT)    |                                   |
| <b>ESTRÉS POSTRAUMÁTICO GLOBAL</b><br>(Rango: 0-51) | 19,0   | (8,54) | 22,45   | (9,50) | 29,20   | (10,71) | 23,13  | (11,02) | 13,87 ••<br>Grs. 3>1,2,4<br>4,2>1 |
| <b>Reexperimentación</b><br>(Rango: 0-15)           | 5,55   | (2,88) | 6,82  | (3,16) | 9,94  | (3,64)  | 7,76   | (3,68)  | 23,64 ••<br>Grs. 3>1,2,4<br>4,2>1 |
| <b>Evitación</b><br>(Rango: 0-21)                   | 6,51   | (3,79) | 7,27  | (3,91) | 9,00  | (4,73)  | 8,41   | (2,25)  | 5,32 •<br>Grs. 3>1,2<br>4>1       |
| <b>Hiperactivación</b><br>(Rango: 0-15)             | 6,93   | (4,02) | 8,55  | (4,58) | 10,45   | (3,85)  | 6,98   | (3,85)  | 10,33 ••<br>Grs. 3>1,2,4<br>2>1,4 |

muestran una mayor intensidad del TEPT, así como de malestar emocional (ansiedad excesiva, sintomatología de depresión, baja autoestima, etc.). Al mismo tiempo, cuanto más reciente sea el último episodio de maltrato, mayor es la intensidad del TEPT. Además, soportar más años de maltrato y presentar antecedentes de violencia en la familia de origen están asociados a un mayor grado de inadaptación a la vida cotidiana.

Diferentes investigaciones están en consonancia con estos resultados. Por ejemplo, la desaparición del maltrato, junto con el paso del tiempo, predicen un descenso en la sintomatología depresiva de las víctimas (Walker y Browne, 1985; Follingstad *et al.*, 1991; Campbell, 1995; Surtees, 1995; Campbell y Soeken, 1999). Más específicamente, según el estudio longitudinal de Campbell y Soeken (1999), aquellas víctimas que con regularidad fueron maltratadas

durante los tres años y medio de la investigación presentaban una salud más pobre, unos niveles más altos de depresión y de estrés, una autoestima más baja y una menor capacidad para autocuidarse, que aquellas mujeres que definitivamente dejaron de ser maltratadas en algún momento a lo largo de este tiempo. Estos resultados coinciden básicamente con los de Follingstad *et al.* (1991). Por tanto, cuanto más alejado esté el último episodio de maltrato en el tiempo, menor será la sintomatología depresiva de las mujeres maltratadas.

Por otra parte, cuando la mujer permanece durante *más años* sufriendo malos tratos, está sometida a un estresor crónico, que supone un elevado riesgo para su salud física y psicológica. Además se puede encontrar *aislada socialmente* y tratar de ocultar la violencia de la que es objeto. Esto lleva a una mayor dependencia del agresor, quien, a su vez, experimenta un aumento

del dominio a medida que se percata de la mayor soledad de la víctima.

Otros factores que predicen la gravedad del TEPT y el malestar emocional en las víctimas de maltrato son los siguientes: a) el *grado de amenaza* -real o percibido- que representa el maltrato para la vida de la víctima (Gallers, Foy, Donahoue y Goldfarb, 1988; Houskamp y Foy, 1991; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders y Best, 1993), sobre todo cuando el agresor recurre a amenazas de muerte (Perrin, Van Hasselt, Basilio y Hersen, 1996); b) la *intensidad y la frecuencia de la exposición a la violencia* (Houskamp y Foy, 1991; Kemp *et al.*, 1991; Astin, Lawrence y Foy, 1993; Saunders, 1994; Kemp *et al.*, 1995); y c) la *falta de apoyo social* (Green, Grace, Lindy y Gleser, 1990; Perrin *et al.*, 1996). Por el contrario, la red de apoyo social es beneficiosa para las víctimas, al ayudarlas a reducir el impacto estresante de la violencia experimentada y ofrecerles una salida a su situación (Tan, Basta, Sullivan y Davidson, 1995). Asimismo, la disponibilidad del apoyo social correlaciona negativamente con los síntomas de estrés (Dutton, Saunders, Starzomski y Bartholomew, 1994) y con la intensidad del TEPT (Astin *et al.*, 1993).

Finalmente, aquellas víctimas que han sufrido algún *suceso traumático con anterioridad al maltrato* (abusos sexuales en la infancia, agresiones sexuales, violencia comunitaria, etc.) muestran una mayor vulnerabilidad a padecer el TEPT y síntomas de malestar emocional (Resnick *et al.*, 1993; Koss, Goodman, Browne, Fitzgerald *et al.*, 1994; Astin, Ogland-Hand, Coleman y Foy, 1995; Brown, Hill y Lambert, 2005; McGuigan y Middlemiss, 2005;). Según Resnick, Kilpatrick, Best y Kramer (1992), las mujeres que previamente han sufrido agresiones sexuales muestran una probabilidad tres veces mayor de desarrollar el TEPT que las mujeres que han sido agredidas sexualmente por primera vez.

## Conclusiones

En este trabajo se han revisado múltiples investigaciones centradas en diversos aspectos relacionados con las víctimas de violencia doméstica. Por una parte, se han resumido las teorías más significativas que explican por qué existen

mujeres maltratadas que permanecen en convivencia prolongada con el agresor. Y por otra, se han analizado los principales daños físicos y psicopatológicos que tienen que ver con una victimización prolongada, así como los aspectos del maltrato que son susceptibles de generar una mayor gravedad psicopatológica en las víctimas.

El abandono de una relación de pareja violenta supone una decisión extremadamente compleja y difícil de tomar. En cada caso existen unas circunstancias particulares -*contextuales* (dependencia económica, aislamiento familiar y social, presiones familiares o sociales, dificultades para acceder a recursos comunitarios, etc.), *personales* (p. ej., creencias, sentimientos de baja autoestima, malestar emocional, miedo extremo al agresor, etc.) y vinculadas a los *maltratadores* (p. ej., presencia de características antisociales, dependencia emocional con respecto a la víctima, "arrepentimientos" intermitentes por su comportamiento violento, amenazas de suicidio o de muerte a su mujer e hijos si es abandonado, etc.)- que dificultan enormemente el abandono de la relación (Rhodes y Baranoff, 1998; Amor, 2000; Salber y Taliaferro, 2000; Echeburúa *et al.*, 2002).

En este contexto se han expuesto diversas teorías que tratan de explicar la permanencia de una mujer maltratada en convivencia prolongada con el agresor. Éstas se pueden dividir en dos grandes grupos. Por un lado, están las teorías que se centran en los principales factores que influyen en el *proceso de toma de decisiones*, en el que las víctimas realizan múltiples análisis (p. ej., de los costes y beneficios de seguir o abandonar la relación, del grado de compromiso que tienen dentro de la relación de pareja, de su capacidad percibida para salir con éxito de la relación de maltrato, etc.). Y, por otro, están las teorías referidas a la *dependencia emocional* de las víctimas y a las *repercusiones psicopatológicas* del maltrato, que dan gran importancia, entre otros factores más específicos de cada teoría, a la intermitencia entre el buen y el mal trato (Dutton y Painter, 1981, 1993; Long y McNamara, 1989).

Por otra parte, la respuesta emocional de las víctimas y su sistema de creencias pueden cambiar durante la convivencia con el agresor

(Echeburúa *et al.*, 2002). Así, no es lo mismo que la mujer albergue la *esperanza* de que el maltrato puede acabar si ella se esfuerza más para lograr que la relación sea armoniosa (Brockner y Rubin, 1985; Strube, 1988) que cuando la víctima ha *perdido la esperanza* en el cambio, e incluso desconfía de su capacidad para abandonar al agresor. En el primer caso la mujer puede sufrir una excesiva ansiedad y sentimientos de culpa por lo que le ocurre; en el segundo caso, la víctima puede presentar con más probabilidad sintomatología depresiva, baja autoestima, ideas o tentativas de suicidio, trastorno de estrés postraumático, inadaptación en diferentes áreas de su vida, etc. (Seligman, 1975; Walker, 1979, 1984).

El maltrato doméstico representa un claro factor de riesgo para la salud física y psicológica. Desde el punto de vista *físico*, las víctimas de maltrato muestran menos salud general que el resto de mujeres, lo que se traduce en molestias y dolores diversos, en trastornos asociados al estrés y en una mayor debilidad del sistema inmunitario, que les hace más vulnerables ante infecciones y otros problemas de salud (*cfr.* Campbell, 2002).

Desde una perspectiva *psicopatológica*, los cuadros clínicos más frecuentemente relacionados con los efectos de la violencia familiar son la *depresión* (Rosewater, 1988; Cascardi y O'Leary, 1992; Sato y Heiby, 1992; Campbell *et al.*, 1995) y el *trastorno de estrés postraumático* (Douglas, 1987; Walker, 1989; Houskamp y Foy, 1991; Kusher, Riggs, Foa y Miller, 1992; Dutton, 1992; Amor *et al.*, 2002). Asimismo pueden aparecer síntomas de elevada ansiedad, baja autoestima e inadaptación en diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, relación con los hijos, etc. (Sato y Heiby, 1992; Khan, Welch y Zillmer, 1993). Además, y de forma simultánea, pueden surgir problemas temporales o permanentes de abuso de alcohol y fármacos, a modo de estrategias de afrontamiento inadecuadas para hacer frente a los problemas planteados.

Existen múltiples factores vinculados al tipo y circunstancias del maltrato que, con independencia de los factores protectores de cada víctima, pueden agravar las consecuencias físicas y psicopatológicas de la violencia de pareja. En primer lugar, el *maltrato psicológico* tiene un

impacto tan grande en las víctimas como la violencia física (Goldberg y Tomlanovich, 1984; Walker, 1994; O'Leary, 1999; Amor *et al.*, 2001b). En segundo lugar, el *maltrato sexual* conlleva unas consecuencias psicopatológicas similares a las víctimas de agresión sexual extraconyugal (Amor *et al.*, 2001a), así como una mayor gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático, un mayor riesgo de suicidio (Wingwood *et al.*, 2000), e incluso de ser asesinadas por el agresor (Campbell y Soeken, 1999), que otros tipos de maltrato (físico o psicológico). Y en tercer lugar, la falta de apoyo social y familiar; la extensión en el tiempo de los malos tratos, su intensidad y frecuencia, la cercanía temporal al último episodio de maltrato y el sufrimiento con anterioridad de otros sucesos traumáticos pueden incrementar la gravedad psicopatológica en las víctimas.

Por último, sería conveniente investigar múltiples aspectos, entre ellos el curso longitudinal de los síntomas (físicos y psicopatológicos) en mujeres maltratadas que conviven con su pareja agresora en comparación con aquellas que abandonan la relación, así como delimitar los factores que predicen el abandono de una relación violenta. También sería conveniente analizar por qué un agresor permanece tantos años conviviendo y maltratando sistemáticamente a su pareja sin abandonar la relación.

## Referencias

- 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, 3545.
- Aguirre, B.E. (1985). Why do they return? Abused wives in shelters. *Social Work*, 30, 350-354.
- Amaro, H., Fried, L.E., Cabral, H. y Zuckerman, B. (1990). Violence during pregnancy and substance use. *American Journal of Public Health*, 80, 575-579.
- Amor, P.J. (2000). *Variables sociodemográficas y psicopatológicas en mujeres víctimas de maltrato doméstico*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2001b). Maltrato físico y maltrato

- psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 167-178.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001a). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 605-629.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.
- Anderson, D.J. (2003). The impact on subsequent violence of returning to an abusive partner. *Journal of Comparative Family Studies*, 34, 93-112.
- Arias, I., Lyons, C.M. y Street, A.E. (1997). Individual and marital consequences of victimization: Moderating effects of relationship efficacy and spouse support. *Journal of Family Violence*, 12, 193-209.
- Astin, M.C., Lawrence, K.J., Foy, D.W. (1993). Post-traumatic stress disorder among battered women: Risk and resiliency factors. *Violence and Victims*, 8, 1728.
- Astin, M.C., Ogland-Hand, S.M., Coleman, E.M. y Foy, D.W. (1995). Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: Comparisons with maritally distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 308-312.
- Barnett, O.W., Martínez, T.E. y Keyson, M. (1996). The Relationship Between Violence, Social Support, and Self-Blame in Battered Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 11, 221-233.
- Barudy, J. (1998). El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil. Barcelona. Paidós.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *BDI-II: Beck Depression Inventory manual* (2nd ed.). Boston: Harcourt, Brace.
- Bergman, B., Larsson, G., Brismar, B. y Klang, M. (1987). Psychiatric morbidity and personality characteristics of battered women. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 76, 678-683.
- Brockner, J. y Rubin, J.Z. (1985). *Entrapment in escalating conflicts: A social Psychological analysis*. New York. Springer-Verlag.
- Brown, J.R., Hill, H.M. y Lambert, S.F. (2005). Traumatic stress symptoms in women exposed to community and partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1478-1294.
- Browne, A. (1986). Assault and homicide at home: When battered women kill. En M. Saks y L. Saxe (Eds.). *Advances in Applied Psychology*. Hillsdale. Erlbaum. (Vol. 3).
- Byrne, C.A., Arias, I. y Lyons, C.M. (1993, Marzo). *Attributions for partner behavior in violent and nonviolent couples*. Paper presented at the annual meeting of the Southeastern Psychological Association. Atlanta.
- Campbell, J.C. (1986). Nursing Assessment for risk of homicide with battered women. *Advances in Nursing Science*, 8, 36-51.
- Campbell, J.C. (1989). The dark consequences of marital rape. *American Journal of Nursing*, 89, 946-949.
- Campbell, J.C. (1995). *Assessing dangerousness*. London. Sage Publications, Inc.
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
- Campbell, J.C. y Alford, P. (1989). The dark consequences of marital rape. *American Journal of Nursing*, 89, 946-949.
- Campbell, J.C. y Lewandowski, L.A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *The Psychiatric Clinics of North America*, 20, 353-374.
- Campbell, J. C. y Soeken, K.L. (1999). Forced sex and intimate partner violence: Effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women* 5, 1017-1035.
- Campbell, J.C., Sullivan, C.M. y Davidson, W.S. (1995). Women who use domestic violence shelters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 237-255.
- Cascardi, M. 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. y O'leary, K.D., Lawrence, E.E., y 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.
- Chambliss, L. R. (1997). Domestic violence: A public health crisis. *Clinical Obstetrics And Gynecology*, Sep, 40, 630-638.
- Choice, P. y Lamke, L.K. (1997). A conceptual approach to understanding abused women's stay/leave decisions. *Journal of Family Issues*, 18, 290-314.
- Clark, A.H. y Foy, D.W. (2000). Trauma exposure and alcohol use in battered women. *Violence Against Women*, 6, 37-48.
- Drossman, D.A., Leserman, J. Nachman, G., Li, Z., Gluck, H., Toomey, T.C. y Mitchell, M. (1990). Sexual and physical abuse in women and functional or organic gastrointestinal disorders. *Annals of Internal Medicine*, 113, 828-833.
- Dutton, M.A. (1992). Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder among battered women. En D.W. Foy (Ed.). *Treating PTSD. Cognitive-behavioral strategies*. New York. Guilford Press.
- Dutton, D.G. y Painter, S.L (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachment in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology: An International Journal*, 6, 139-155.
- Dutton, D.G. y Painter, S.L. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 614-622.
- Dutton, D.G., Saunders, K., Starzomski, A. y Bartholomew, K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1367-1386.
- Eberle, P. (1982). Alcohol abuser and non-users: A discriminate function analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 260.
- Eby, K. K., Campbell, J. C., Sullivan, C. M., y Davidson, W. S. (1995). Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 16, 563-576.
- Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Corral, P., (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica*, 2, 135-150.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 905-929.
- Echeburúa, E., Corral, P. Amor, P.J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.
- Finn, J. (1986). The relationship between sex-role attitudes supporting marital violence. *Sex and Roles*, 14, 225-234.
- Foa, E.B. y Kozak, M.J. (1986). Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99, 20-35.
- Follingstad, D.R., Brennan, A.F., Hause, E.S., Polek, D.S., et al. (1991). Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *Journal of Family Violence*, 6 (1), 8195.
- Follingstad, D., Rutledge, L., Serg, B., House, E. y Ploek, D. (1990). The role of emotional abuse in physical abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 5, 107-120.
- Frieze, I.H. (1979). Perceptions of battered wives. En I.H. Frieze, D. Bar-Tal y J.S. Carroll (Eds.). *New Approaches to Social Problems: Applications of Attribution Theory*. San Francisco. Jossey-Bass.
- Gallars, J. , Foy, D.W., Donahoe C.P. y Goldfarb, J. (1988). Posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans: Effects of traumatic violence exposure and military adjustment. *Journal of Traumatic Stress*, 1, 181-192.
- Gazmararian, J.A., Lazorick, S., Spitz, A. M., Ballard, T.J., Saltzman, L.E. y Marks, J.S. (1996). Prevalence of violence against pregnant women. *Journal of the American Medical Association*, 275, 1915-1920.
- Gellen, M.I., Hoffman, R.A., Jones, M. y Stone, M. (1984). Abused and nonabused women: MMPI profile differences. *Personal Guidance Journal*, 62, 601-604.

- Gelles, R.J. y Harrop, J.W. (1989). Violence, battering, and psychological distress among women. *Journal of Interpersonal Violence*, 4, 400-420.
- Gleason, W.J. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence and Victims*, 8, 5368.
- Goldberg, W.G. y Tomlanovich, M.C. (1984). Domestic violence victims in the emergency department. *Journal of The American Medical Association*, 251, 3259-3264.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence* 14, 99-132.
- Gottman, J.M., Jacobson, N.S., Rushe, R.H., Shortt, J.W., Babcock, J., La Taillade, J.J. y Waltz, J. (1995). *The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behavior, and general violence in batterers*. *Journal of Family Psychology*, 9, 227-248.
- Green, B.L., Grace, M.C., Lindy, J.D. y Gleser, G.C. (1990). Risk factors for PTSD and other diagnosis in a general sample of Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 147, 729-733.
- Haber, J.D. (1985). Abused women and chronic pain. *American Journal of Nursing*, 85, 1010.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Hickling, E. J. y Blanchard, E. B. (1992). Post-traumatic stress disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 283-304.
- Houry, D., Kaslow, N. y Thompson, M.P. (2005). Depressive symptoms in women experiencing intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1467-1477.
- Houskamp, B.M. y Foy, D.W. (1991). The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 367-375.
- Jaffe, P., Wolfe, D.A., Wilson, S. y Zak, L. (1986). Emotional and physical health problems of battered women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 625-629.
- Jones, R. F., y Horan, D. L. (1997). : The American College of Obstetricians and Gynecologists: A decade of responding to violence against women. *International Journal of Gynecology And Obstetrics*, 58, 43-50.
- Jonhson, I.M. (1992). Economic, situational, and psychological correlates of the decision-making process of battered women. *Families in Society*, 73, 168-176.
- Kelley, H.H. y Thibaut, J.W. (1978). *Interpersonal relations: A theory of interdependence*. New York: John Wiley.
- Kemp, A., Green, B.L., Hovanitz, C. y Rawlings, E.I. (1995). Incidence and correlates of post-traumatic stress disorder in battered women: Shelter and community samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 43-55.
- Kemp, A., Rawlings, E.I. y Green, B.L. (1991). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: A shelter sample. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 137-148.
- Kessler, R.C., McGonagle, K.A., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S., Wittchen, H.U. y Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51, 8-19.
- Khan, F.I., Welch, T.L. y Zillmer, E.A. (1993). MMPI2 profiles of battered women in transition. *Journal of Personality Assessment*. 60 (1), 100-111.
- Kilpatrick, D.G., Acierno, R., Resnick, H.S., Saunders, B.E. y Best, C.L. (1997). A 2-year longitudinal analysis of the relationships between violent assault and substance use in women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 834-847.
- Koss, M.P., Goodman, L.A., Browne, A., Fitzgerald, L.F., Keita, G.P. y Russo, N.F. (1994). *No Safe Haven: Male Violence Against Women at Home, at Work, and in the Community*. Washington, DC. American Psychological Association.
- Kubany, E.S. y Manke, F.P. (1995). Cognitive therapy for trauma-related guilt: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2, 27-61.
- Kubany, E.S., Haynes, S.N., Abueg, F.R., Manke, F.P., Brennan J.M. y Stahura, C. (1996). Development and Validation of the Trauma-related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment*, 4, 428-444.

- Kusher, M. G., Riggs, D. S., Foa, E. B., y Miller, S. M. (1992). Perceived controllability and the development of posttraumatic stress disorder (PTSD) in crime victims. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 105-110.
- Langhinrichsen-Rohling, J. (2005). Top 10 greatest «hits». Important findings and future directions for intimate partner violence research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 108-118.
- Lipsky, S., Holt, V.L., Easterling, T.R. y Critchlow, C.W. (2005). Police-reported intimate partner violence during pregnancy: who is at risk? *Violence and Victims*, 20, 69-86.
- Long, G.M. y McNamara, J.R. (1989). Paradoxical punishment as it related to the battered women syndrome. *Behavior modification*, 13, 192-205.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona. Crítica.
- Mahoney, P. (1999). High rape chronicity and low rates of help-seeking among wife rape survivors in a nonclinical sample: Implications for research and practice. *Violence Against Women*, 5, 993-1016.
- Marx, B.P. (2005). Lessons learned from the last twenty years of sexual violence research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 225-230.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dil, L., Schroeder, A.F., De Chant, H.K., Ryden, J., Bass, E.B. y Derogatis, L.R. (1995). The «battering syndrome»: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123, 737-746.
- McGuigan, W.M. y Middlemiss, W. (2005). Sexual abuse in childhood and interpersonal violence in adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1271-1287.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, e Instituto de la Mujer (2002). *Macroencuesta sobre «violencia contra las mujeres»*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Mitchell, R.E. y Hodson, C.A. (1983). Coping with domestic violence: Social support and psychological health among battered women. *American Journal of Community Psychology*, 11, 629-654.
- Montero, A. (2000). Shaping the etiology of the Stockholm syndrome. Hypthesis of the induced mental model. *Iberpsicología*, 5, 1-4.
- Moscicki, E.K. (1989). Epidemiologic surveys as tools for studying suicidal behavior: A review. *Suicide Life-Threat. Behav.*, 19, 131-146.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York. Wiley.
- Murphy, C.C., Schei, B., Myhr, T.L. y Du Mont, J. (2001). Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *Canadian Medical Association J.*, 164, 1567-1572.
- Naciones Unidas (1987). *Violence against women in the family*. New York.
- O'Leary, K.D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14, 1-21.
- O'Leary, K.D., Malone, J., y Tyree, A. (1994). Physical aggression in early marriage: Pre-relationship and relationship effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 594-602.
- Orava, T.A., McLeod, P.J. y Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem of women in transition from abusive relationship. *Journal of Family Violence*, 11, 167-186.
- Pagelow, M.H. (1984). *Family Violence*. New York. Praeger Publishers.
- Perrin, S., Van Hasselt, V.B. Basilio, I. y Hersen, M. (1996). Assessing the effects of violence on women in battering relationship with the Keane MMPI-PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 805-816.
- Perrin, S., Van Hasselt, V. B. y Hersen, M. (1997). Validation of the Keane MMPI-PTSD Scale against DSM-III-R criteria in a sample of battered women. *Violence and Victims*, 12, 99-104.
- Perrone, R. y Martine, N. (1998). *Violencia y Abusos Sexuales en la Familia, un abordaje sistémico y comunicacional*. Barcelona. Paidós.
- Pfouts, J.H. (1978). Violent families: coping responses of abused wives. *Child Welfare*. 57, 101-111.
- Plichta, S.B. (1996). Violence and abuse. En M.M. Falik y K.S. Collins (Eds.). *Women's health: The Commonwealth fund survey*. Baltimore. London: JHU Press.
- Plichta, S.B. y Abraham, C. (1996). Violence and gynecologic health in women <50 years old. *Ameri-*



- can *Journal of Obstetricians and Gynecologist*, 174, 903-907.
- Ratner, P.A. (1993). The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Canadian Journal of Public Health*, 84, 246-249.
- Ratner, P.A. (1995). Indicators of exposure to wife abuse. *Canadian Journal of Public Health*, 84, 246-249.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Best, C.L. y Kramer, T.L. (1992). Vulnerability-stress factors in development of posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 424-430.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders B.E. y Best, C.L. (1993). Prevalence of Civilian Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in a Representative National Sample of Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 984-991.
- Rhatigan, D.L. y Street, A.E. (2005). The impact of intimate partner violence on decisions to leave dating relationships: A test of the investment model. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 1580-1597.
- Rhodes, N.R. y Baranoff, E.C. (1998). Why do battered women stay?: three decades of research. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 391-406.
- Rhodes, K.V., Lauderdale, D.S., He, T. y Howes, D.S. (2002). «Between me and the computer»: Increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire. *Annals of Emergency Medicine*, 40, 476-484.
- Rodriguez, R. (1989). Perception of health needs by battered women. *Response to the Victimization of Women and Children*, 12, 22-23.
- Rosewater, L.B. (1988). Battered or schizophrenic? Psychological tests can't tell. En K. Yllö y M. Bograd (Eds.). *Feminist perspectives on wife abuse*. Newbury Park. CA: Sage.
- Rusbult, C. (1983). A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 101-117.
- Rusbult, C.E. y Martz, J.M. (1995). Remaining in an abusive relationship: An investment model analysis of nonvoluntary dependence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 558-571.
- Rusbult, C.E., Martz, J.M. y Agnew, C.R. (1998). The investment model scale: Measuring commitment level, quality of alternatives, and investment size. *Personal Relationships*, 5, 357-391.
- Saarijärvi, M.D., Niemi, H., Lehto, H. y Ahola, V. y Salokangas, R. (1996). Lifetime prevalence of nine common psychiatric/personality disorders in female domestic abuse survivors. *Brief Reports*, 645-652.
- Salber, P.R. y Taliaferro, E. (2000). *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario*. Barcelona. Cedecs.
- Saltijeral, M.T., Ramos, L. y Caballero, M.A. (1998). Las mujeres que han sido víctimas de maltrato conyugal: tipos de violencia experimentada y algunos efectos en la salud mental. *Salud Mental*, 21, 10-18.
- Sato, R.A. y Heiby, E.M. (1992). Correlates of depressive symptoms among battered women. *Journal of Family Violence*. 7 (3), 229-245.
- Saunders, D.G. (1994). Posttraumatic Stress Symptom Profiles of Battered Women. A comparison of Survivors in Two Settings. *Violence and Victims*, 9, 31-44.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco, CA: Freeman.
- Sepúlveda, A. (2000). Psicopatología de las víctimas de malos tratos. En A.I. Vargas (Ed.). *Violencia habitual en el ámbito familiar*. Madrid. Centro de Estudios Jurídicos.
- Stark, E. y Flitcraft, A. (1988). Violence among intimates: an epidemiologic review. En V.B. Van Haselt, R.L. Morrison, A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.). *Handbook of Family Violence*. New York, Plenum Press.
- Sternmac, L., Del Bove, G. y Addison, M. (2001). Violence, injury, and presentation patterns in spousal sexual assault. *Violence Against Women*, 7, 1218-1233.
- Strube, M.J. (1988). The Decision to Leave an Abusive Relationship: Empirical Evidence and Theoretical Issues. *Psychological Bulletin*. 2, 236-250.

- Surtees, P.G. (1995). In the shadow of adversity: The evolution and resolution of anxiety and depressive disorder. *British Journal of Psychiatry*, 166, 583-594.
- Tang, C. (1997). Psychological impact of wife abuse. (Experiences of Chinese women and their children). *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 466-478.
- Tan, C., Basta, J., Sullivan, C. M., y Davidson, W. S. (1995). The role of social support in the lives of women exiting domestic violence shelters: An experimental study. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 437-451.
- Truman-Schram, D.M., Cann, A., Calhou, L. y Van Wallendaal, L. (2000). Leaving an abusive relationship: An investment model comparison of women who stay versus those who leave. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19, 161-183.
- Tuel, B. D. y R. K. Russell (1998). Self-esteem and depression in battered women: A comparison of lesbian and heterosexual survivors. *Violence Against Women* 4, 344-362.
- 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.E. (1979). *The battered woman*. Harper and Row. New York.
- Walker, L.E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York. Springer.
- Walker, L.E. (1989). Psychology and Violence Against Women. *American Psychologist*, 44, 695-702.
- Walker, L.E. (1994). *Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Walker, L.E. y Browne, A. (1985). Gender and victimization by intimates. *Journal of Personality*, 53, 179-195.
- Walling, M.K., Reiter, R.C., O'Hara, M.W., Milburn, A.K., Lilly, G., y Vincent, S.D. (1994). Abuse history and chronic pain in women. I Prevalences of sexual abuse and physical abuse. *Obstetrics and Gynecology*, 84, 193-199.
- Weingourt, R. (1990). Wife rape in a sample of psychiatric patients. *IMAGE: Journal of Nursing Scholarship*, 22, 144-147.
- Weissman, M.M. Bruce, M.L., Leaf, P.J., Florio, L.P. y Holzer, C.I. (1991). Affective disorders. En L.N. Robins y D.A. Regier (Eds.). *Psychiatric Disorders in American: The Epidemiologic Catchment Area Study*. The Free Press. New York. pp. 53-80.
- Wingwood, 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 (2005). Intimate partner violence and post-traumatic stress disorder symptoms in women: What we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 394-402.