

**Carmen Jiménez Casado**

**MALOS TRATOS CONYUGALES A MUJERES  
EN EL AREA DE SEVILLA**

**ESTUDIOS**

**5**



**Colección Estudios, nº 5**

# **MALOS TRATOS CONYUGALES A MUJERES EN EL ÁREA DE SEVILLA**

**Carmen Jiménez Casado**

Instituto Andaluz de la Mujer  
Sevilla . Málaga  
1.995

MALOS TRATOS CONYUGALES  
A MUJERES EN EL AREA DE SEVILLA  
Investigación subvencionada por el  
Instituto Andaluz de la Mujer, 1993

Edita:  
INSTITUTO ANDALUZ DE LA MUJER  
Alfonso XII, 52. 41002 Sevilla.  
Carretería, 60. 29008 Málaga

Diseño y Maquetación:  
VICTORIA VILA

Impresión:  
TECNOGRAPHIC, S.L.

ISBN: 84-7921-036-2  
D.L.: SE-1/96

# ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	9
<b>I. CONSIDERACIONES TEÓRICAS .....</b>	<b>11</b>
<b>1. Evolución histórica .....</b>	<b>16</b>
<b>2. Malos tratos conyugales. Conceptos .....</b>	<b>19</b>
2.1. Diferencias de género y malos tratos .....	23
<b>3. Incidencia de los malos tratos conyugales .....</b>	<b>25</b>
<b>4. Algunas teorías acerca de los malos tratos conyugales .....</b>	<b>28</b>
<b>5. Perfil de las parejas violentas .....</b>	<b>53</b>
5.1. Perfil del hombre maltratante.....	54
5.2. Perfil de la mujer maltratada.....	57
<b>6. Consecuencias psicológicas de los malos tratos .....</b>	<b>63</b>
<b>7. Factores relacionados con los malos tratos conyugales .....</b>	<b>72</b>
<b>8. Alternativas terapéuticas y estrategias de actuación frente al maltrato conyugal .....</b>	<b>86</b>
8.1. Consideraciones previas .....	86
8.2. El abordaje terapéutico de la mujer víctima de malos tratos conyugales.....	90
8.3. Otras alternativas terapéuticas .....	96
8.4. Los Servicios de Atención Primaria y los malos tratos conyugales ....	99
8.5. Medidas generales .....	108
<b>II. ESTUDIO EXPERIMENTAL.....</b>	<b>111</b>
<b>1. Introducción y objetivos .....</b>	<b>113</b>
<b>2. Método y muestra .....</b>	<b>115</b>
<b>3. Malos tratos conyugales en población general de la zona del Aljarafe de Sevilla y Áreas Sur y Este de Sevilla Capital .....</b>	<b>120</b>
3.1. Obtención de la muestra.....	120
3.2. Resultados.....	122
3.2.1. <i>Malos tratos conyugales en mujeres no consultantes procedentes de áreas urbanas: Sevilla capital.....</i>	<i>122</i>
3.2.2. <i>Malos tratos conyugales en mujeres no consultantes procedentes del área rural: Aljarafe de Sevilla.....</i>	<i>130</i>
3.2.3. <i>Comparación de malos tratos conyugales entre población general (no consultante) de áreas urbana y rural.....</i>	<i>136</i>
3.2.4. <i>Malos tratos conyugales a mujeres en población general.....</i>	<i>137</i>

<b>4.</b>	<b>Malos tratos conyugales en población consultante en los servicios de salud mental (zona del Aljarafe de Sevilla y Sevilla Capital) .....</b>	<b>145</b>
4.1.	Malos tratos conyugales en mujeres consultantes en un Centro de Salud Mental rural: Aljarafe de Sevilla.....	145
4.2.	Malos tratos conyugales a mujeres consultantes en un Centro de Salud Mental urbano: Sevilla Sur .....	157
4.3.	Comparación entre áreas urbana y rural de malos tratos conyugales a mujeres consultantes en Servicios de Salud mental .....	161
4.4.	Malos tratos conyugales a mujeres consultantes en Servicios de Salud Mental (población consultante total) .....	162
<b>5.</b>	<b>Comparación de malos tratos conyugales entre población general y consultante en salud mental .....</b>	<b>167</b>
5.1.	Población urbana.....	167
5.2.	Población rural.....	169
5.3.	Población total.....	170
<b>6.</b>	<b>Malos tratos conyugales y Psicopatología: un estudio de casos clínicos</b>	<b>173</b>
6.1.	Muestra y método.....	173
6.2.	Casos clínicos.....	174
6.3.	Consideraciones generales.....	186
<b>7.</b>	<b>Resumen y discusión.....</b>	<b>192</b>
7.1.	Edad de la mujer.....	193
7.2.	Años de matrimonio.....	193
7.3.	Número de hijos.....	193
7.4.	Estado civil.....	194
7.5.	Educación.....	194
7.6.	Actividad laboral.....	194
7.7.	Edad del cónyuge.....	196
7.8.	Educación del cónyuge.....	196
7.9.	Actividad laboral del cónyuge.....	197
7.10.	Ideas religiosas.....	197
7.11.	La consideración de los malos tratos conyugales como delito .....	198
7.12.	Concepto de maltrato psicológico.....	199
7.13.	Factores relacionados con los malos tratos conyugales .....	200
7.14.	Reacción (ideal) al maltrato.....	201
7.15.	Frecuencia de los malos tratos conyugales .....	203
7.16.	Malos tratos conyugales y Psicopatología .....	204
	<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>207</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>213</b>
	<b>ANEXO I .....</b>	<b>237</b>
	<b>ANEXO II .....</b>	<b>241</b>
	<b>ANEXO III .....</b>	<b>247</b>

# INTRODUCCIÓN

En los últimos años se está dando a conocer en nuestro país una realidad que ha permanecido, y aún permanece, oculta entre las intimidades de la pareja: las agresiones conyugales.

Un importante número de mujeres víctimas de malos tratos conyugales contactan, de alguna manera, con los servicios sanitarios durante su exposición al abuso. Sin embargo, muy pocas veces en la práctica médica habitual se tiene en cuenta la posible existencia de malos tratos conyugales y, obviamente, si no se indaga en ello pasa desapercibido entre otras muchas formas de enfermar mas convencionales desde el punto de vista del modelo médico vigente.

La importancia y consecuencias de los malos tratos conyugales es aún más manifiesta en lo que respecta a la salud mental de la mujer. Es clínicamente constatable la enorme frecuencia de los malos tratos conyugales entre las mujeres consultantes en los Servicios de Salud Mental.

Como consecuencia de la observación clínica anterior y ante los escasos, casi nulos, estudios sobre la frecuencia de los malos tratos conyugales en Andalucía y entre las mujeres consultantes en los Centros de Salud Mental de esta comunidad, se propone la presente investigación.

En el estudio presentado se diferencian dos partes. En la primera se expone una serie de consideraciones teóricas relacionadas con los malos tratos conyugales a mujeres. Para su redacción se ha realizado una cuidada revisión bibliográfica en torno a cuestiones tales

como el concepto histórico de los malos tratos conyugales, diferencias de género, estudios de incidencia, algunas teorías acerca de la violencia conyugal, perfil de las parejas violentas, consecuencias psicológicas del maltrato en la mujer, factores relacionados con las agresiones en la pareja y alternativas terapéuticas, enfatizando la importancia del profesional de la salud en la detección de las víctimas y su papel como figura de apoyo y asesoramiento a la mujer agredida.

La segunda parte del presente trabajo de investigación se refiere al estudio experimental que lo motivó. Los objetivos propuestos, selección de la muestra, método y resultados se exponen de forma ordenada según el tipo de población estudiada: rural, urbana, consultante o población general.

Por último, se incluye un pequeño resumen de las principales conclusiones.



# **I. CONSIDERACIONES TEÓRICAS**

*Los hombres son los protectores  
y mantenedores de las mujeres,  
porque Dios ha dado a uno más fuerza  
que a otro, y porque  
ellos las mantienen  
con sus medios.*

*Por tanto, las mujeres honradas  
son devotamente obedientes y guardan,  
en ausencia de sus maridos,  
lo que Dios les ha dado para guardar.*

*A aquellas mujeres  
de las que temes  
deslealtad y mala conducta,  
amonéstalas primero,  
después rechaza compartir su cama  
y, por último, golpéalas.  
Pero si ellas vuelven a la obediencia,  
no busques contra ellas  
formas de enojo o castigo.*

**Sagrado Corán p.190**

Aunque los malos tratos conyugales han constituido un grave problema en muchas sociedades, no siempre han sido considerados como un delito. De hecho, sólo en las culturas occidentales más desarrolladas los cambios sociales han propiciado, muy recientemente, cambios legales a este respecto, y el sudario del secreto familiar ha empezado a perder importancia frente al bienestar de los miembros de la familia.

La agresión entre los miembros de la pareja se está configurando en los últimos años como una importante cuestión de salud pública

dada la diversidad de consecuencias físicas y psicológicas que conlleva y su creciente y mal conocida incidencia en la población general.

En Estados Unidos, por ejemplo, aproximadamente seis millones de mujeres, hombres y niños son víctimas anualmente de ataques físicos a manos de otros miembros de su familia, lo que ha llevado a identificar a “la familia americana como una de las instituciones más violentas del país”(Gelles, 1.980).

El derecho del hombre a golpear a su esposa está enraizado en la dependencia económica histórica de las mujeres respecto a los hombres para los medios de supervivencia. En relación a lo anterior hay que mencionar también el deber natural de las mujeres a permanecer castas y puras. Esta latente ideología colectiva aflora más claramente en algunas culturas orientales como la islámica (baste como poderosa ilustración algunos pasajes del Corán) en la que, además, religión y ley son una; es decir, no sólo es un privilegio del marido golpear a su mujer sino que según el Corán es un deber hacerlo cuando ésta le desobedece. Pero incluso en algunas de las sociedades más conservadoras del mundo, los cambios sociales están obligando a modificar estos hábitos. Así ha ocurrido con la ley sobre abuso conyugal en Arabia Saudí, la cual intenta mantener fidelidad al Corán pero limitando los lugares y cantidad de castigo corporal que un marido puede infligir a su esposa. La ley Saudí establece claramente que sólo pueden ser golpeadas por su marido ciertas áreas del cuerpo de la mujer; concretamente, no pueden recibir ningún tipo de maltrato las zonas comprendidas entre el cuello y los muslos. Los maridos tampoco pueden infligir lesiones de las que resulten huesos rotos, contusiones o señales duraderas. Por último, a algunas mujeres de Arabia Saudí que sufren lesiones corporales graves debidas a abuso conyugal, se les permite buscar reparación legal para prevenir nuevos daños. Todo lo cual no deja de ser sino nuevas formas de legitimización de la violencia contra la mujer.

Aunque predominantes en la cultura islámica, estas ideas, que han perpetuado la violencia contra las mujeres en muchos países de Oriente Medio, también han estado históricamente presentes en las sociedades occidentales.

Cuando pensamos en la violencia o abuso en la familia, imaginamos niños sangrando o maridos que golpean a sus mujeres sin razones particulares; pero este tipo de violencia es sólo una parte del amplio rango de conductas abusivas que pueden ocurrir en la familia. La mayoría de las veces la violencia no llega al conocimiento público dado que es "violencia normal"; es decir, sigue los roles implícitos de nuestra cultura (Gelles y Straus, 1.979). Y es que la mayor parte de la sociedad condona los actos de agresión contra niños y mujeres por otros miembros adultos de la familia en determinadas circunstancias. Frases como "esto me duele más que a tí", "apréndete la lección para que no lo olvides", son parte del lenguaje de disciplina y subordinación intrafamiliar. El que las palabras sean seguidas o no de un acto de violencia casi deja de ser relevante en ocasiones.

En nuestra cultura está implícita la idea de propiedad de las mujeres y niños. Esta idea a menudo excluye el respeto por los derechos individuales. Las normas que definen a la gente como "propiedad de" permiten el uso del castigo corporal dentro de la familia de uno, mientras no permite la misma violencia hacia personas de fuera de la familia.

Finalmente, las normas culturales que definen la familia como un grupo privado estimulan indirectamente la violencia familiar. Las conductas que ocurren "tras la puerta cerrada" del hogar no se discuten con "extraños" (Pizzey, 1.974; Straus et al. 1.980). Las mujeres que mantienen una relación abusiva de pareja refieren, en general, que no conocían ninguna solución para escapar de su situación ni hacían confidencias de su victimización a otros. Hacerlo constituiría "revelar asuntos familiares" (Witt, 1.980). La familia es popu-

larmente conceptualizada como una entidad soberana de la que el cabeza de familia es, con demasiada frecuencia, monarca absoluto.

La noción de la casa como lugar especialmente privado es compartida y reconocida por otras instituciones sociales. Así, los tribunales dudan al intervenir en asuntos familiares debido a su deber de preservar los límites de la familia frente a los derechos de los individuos. La policía se limita a entrar en acción sólo (y no “simplemente” por hematomas o heridas ) cuando la víctima demanda oficialmente, etc...

Está claro, pues, que todo ello no es sino indicativo de una cultura que, a menudo, nos señala la violencia como una forma más de respuesta a situaciones familiares estresantes.

## **1. Evolución histórica.**

Como se ha comentado ya, durante mucho tiempo la violencia doméstica, concretamente el abuso conyugal, no ha sido etiquetado como tal. Generalmente, de una manera no hablada, era aceptado como una “conducta entendible”, y ha sido así desde tiempos muy remotos. En un informe de 1.985, un equipo de paleontólogos del Colegio Médico de Virginia detectó una mayor incidencia de fracturas entre mujeres (30 a 50%) que entre hombres (9 a 20%) en momias con 2.000 a 3.000 años de antigüedad. Estas fracturas, frecuentemente de cráneo, se debían a golpes letales recibidos supuestamente en tiempos de paz a causa de violencia personal. Otra reseña histórica interesante se refiere a Teodora, emperatriz de Bizancio (esposa de Justiniano) desde 508 a 548 a.d.C., quien destacó como mujer activa por las causas de las mujeres entre las que figuraba la prevención del abuso físico de las mujeres por sus maridos. Las leyes romanas daban a los hombres el control absoluto sobre sus esposas e hijos, incluyendo la capacidad para vender o

condenarlas a muerte. Esta noción se ha ido transmitiendo, con pequeños cambios, hasta las leyes inglesas del siglo XIV, por ejemplo. Todavía hoy hay quienes creen que las prerrogativas masculinas respecto a sus esposas equivalen a una noción sagrada. Desgraciadamente muchas mujeres que han sufrido abuso o han sido maltratadas física y sexualmente por sus padres o maridos, se adhieren también a estas ideas.

A nosotros el abuso conyugal nos fue reforzado fundamentalmente por la cultura islámica y, en menor medida, por el puritanismo inglés, desde donde se exportó a Estados Unidos, donde aún se encuentran reliquias legales como la registrada en un viejo pueblo de Pensilvania, entre cuyas ordenanzas se incluye la prohibición a los maridos de golpear a sus esposas después de las 10 de la noche o en Domingo.

A comienzos del siglo XIX en Estados Unidos algunas leyes estatales aprobaban específicamente el golpear a la esposa. La primera ley norteamericana que reconocía el derecho del marido a controlar a su mujer utilizando la fuerza física fué promulgada en 1.824 por la Corte Suprema de Mississippi. Esta ley permitía al marido “ejercer el derecho de castigo moderado en casos de gran emergencia”. Disposiciones similares continuaron vigentes en otros estados norteamericanos hasta fechas recientes (el mal trato a la mujer se reconoció ilegal en el estado de Alabama en 1.871) basándose en leyes inglesas que otorgaban al marido el derecho de “corrección” de su mujer, si bien “se le suponía” su uso moderado.

Aunque actualmente el Sistema Judicial no permite a los hombres golpear a sus esposas e intenta aumentar el número de detenciones de los agresores, cambiar las actitudes de policías, jueces, etc. es difícil; muchos todavía creen que las agresiones dentro de la familia incumben sólo a la familia, y consideran los malos tratos a mujeres como ofensas más que como delitos criminales. Lo mismo ocurre, en general, con el personal médico y sanitario, para quienes

los malos tratos siguen siendo invisibles o son considerados problemas de salud poco prioritarios.

Como señala Browne (1.987), a pesar de las mejoras en la respuesta del Sistema Judicial al abuso a las mujeres, todavía existen muchos impedimentos, tales como actitudes relativamente tolerantes de la policía, diferente trato policial en las distintas jurisdicciones, falta de arrestos formales y un deficitario conocimiento general en relación a los elementos de riesgo de la violencia conyugal por parte de la policía y otros miembros del sistema judicial, además del atrincheramiento de actitudes negativas hacia la problemática de la mujer.

Según numerosas investigaciones de seguimiento (Sherman & Berk, 1984), el arresto de hombres maltratadores y abusadores constituye una respuesta eficaz a la mayor parte de los incidentes de abuso en orden a disminuir el riesgo de recidivas. En muchos países las leyes han autorizado recientemente el arresto en los casos de abuso conyugal e infantil y se empieza a implementar actividades de entrenamiento dirigidas a oficiales de policía (Goolkasian, 1986). Sin embargo, la respuesta personal para la toma de decisiones ante los casos dista de ser uniforme, incluyendo a los jueces, quienes juegan un papel crucial dando forma a las respuestas de la comunidad frente a los casos de violencia familiar.

Un hallazgo significativo acerca de la disposición judicial actual frente a la violencia conyugal queda reflejado en el estudio de Roberts (1987) quien encuentra en una muestra estadounidense que en algo más del 60% de los casos denunciados los cargos eran retirados o el caso era rechazado. Sólo el 3,9% de los agresores eran encarcelados a resultas de cargos de malos tratos. Consecuentemente, los golpeadores, aunque denunciados, no eran sancionados y muy probablemente no se sometían a tratamiento o control alguno, facilitándose con ello nuevas oportunidades para infligir lesiones corporales a sus esposas.

## 2. Malos tratos conyugales. Conceptos.

Entre las dificultades metodológicas que plantea el estudio de los malos tratos conyugales destaca, en primer lugar, la falta de especificidad para definir las variables de estudio, y los criterios de abuso o maltrato. La primera cuestión importante cuando se trabaja con mujeres maltratadas es la de conocer su propia definición de abuso. Es interesante considerar cuándo una mujer maltratada define la conducta del agresor hacia ella como abuso físico, sexual o psicológico. Una mujer maltratada, por ejemplo, puede no calificar la penetración vaginal forzada con laceraciones como abusiva por considerar que su marido tiene derecho a conseguir placer de ella.

Pero trabajar con mujeres maltratadas no sólo requiere un entendimiento de las cogniciones disfuncionales que ellas puedan tener, sino también un reconocimiento de las cogniciones disfuncionales a las que se adscribe el propio terapeuta. “¿Hay realmente abuso?”; como le ocurre a la mujer maltratada, el terapeuta puede fracasar en etiquetar de abusiva alguna conducta. Es importante para éste último entender tanto los estatutos legales concernientes a la violencia doméstica, cuanto la definición clínica de ésta.

Si el terapeuta fracasa en el reconocimiento de la victimización de la mujer maltratada, es poco probable que pueda ayudarla a responder efectivamente a ella.

Por definición, el abuso conyugal, usualmente a una mujer, es un patrón de conducta que ocurre en forma física, emocional, psicológica, sexual o económica. Es usado para mantener miedo e intimidación, control y poder por el abusador, usualmente un hombre (Dickstein).

Desde el punto de vista clínico el abuso sexual ha sido definido como cualquier intimidación sexual forzada (Katz y Maur, 1.979).



El abuso físico se define como un asalto que varía desde golpear y abofetear en un extremo del continuum hasta el homicidio en el otro (Pagelow, 1.981). La agresión física conyugal se refiere a ataques coercitivos dirigidos al cuerpo del compañero.

El abuso psicológico ha sido definido por Walker (1.984) como el que incluye aislamiento, induce debilidad, monopolización de la percepción, amenazas, degradación y administración de drogas o alcohol. La agresión psicológica conyugal se refiere a conductas verbales coercitivas (por ej. insultos) y conductas no verbales coercitivas que no van dirigidas al cuerpo de la pareja (por ej. golpear puertas o destrozar objetos). Pero, por encima de todo, debe quedar claro que los términos físico y psíquico tienen sentido para determinar la forma de conducta expresada más que las consecuencias producidas, puesto que los actos físicamente agresivos producen daño tanto psicológico como físico.

Algunos autores distinguen también entre violencia física, definida como aquella conducta general que causa dolor a otro, y abuso físico, como aquella conducta, más concreta, que probablemente cause lesiones o muerte.

El modelo profeminista desarrollado por Adams define la violencia en sus términos más ámplios como “algún acto que lleva a la víctima a hacer algo que ella no quiere hacer, le impide hacer algo que ella desea realizar, o que le hace tener miedo”. Los actos intimidatorios, tales como dar puñetazos a paredes, amenazas verbales y el abuso psicológico pueden conseguir los mismos resultados que la violencia física puesto que el abuso psicológico incluye conductas que socavan directamente la autodeterminación o autoestima de la otra persona. Cuando éste se combina con abuso físico aumenta lógicamente su carga lesiva. Desde un concepto amplio de violencia, “una persona es violentada cuando se hace daño a su psique, su cuerpo, su dignidad, su habilidad para gobernarse a sí misma...” (Liazos, 1.972). Visto de esta manera una persona puede ser violen-

tada por un sistema que le niega un trabajo decente, le predestina a vivir en un tugurio, o le causa daño cerebral por malnutrición durante la infancia, o le manipula a través de los mass media, ... y así interminablemente.

Desde el punto de vista legal, cuando se responde acerca de la prevalencia del abuso conyugal, generalmente los datos se refieren a abuso físico. Cuando los psiquiatras y profesionales de la salud rellenan sus historias clínicas o realizan sus exámenes físicos también suelen olvidar habitualmente incluir cuestiones relativas al abuso verbal o psicológico. Hay datos disponibles, ampliamente aceptados, acerca de investigaciones sobre abuso psicológico en prisioneros de guerra y políticos, víctimas de secuestro y otros, que evidencian cómo éstos sujetos pueden llegar a sufrir un Trastorno por Estrés Postraumático. Con frecuencia se olvida que el abuso verbal y psicológico crónico es otra causa de Trastorno por Estrés Postraumático (F43.1 en la Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS) y, como tal, debe formar parte de las preguntas de una entrevista clínica.

En este sentido, Dickstein propone incluir en las entrevistas diagnósticas 19 experiencias extraídas de ejemplos corrientes de abuso psicológico que la mayoría de las víctimas tienden a suprimir en sus exposiciones por no considerarlas importantes ante el psiquiatra. Estas mujeres suelen ser más conscientes de sus dolores de cabeza y de espalda, insomnio, depresión, ansiedad, crisis de angustia, trastornos del apetito e ideación suicida que de los malos tratos psicológicos. Los síntomas "clásicamente médicos" son verbalizados mucho más fácilmente que el abuso conyugal, por supuesto con menos vergüenza y culpabilidad, y con menos necesidad de explicaciones por el paciente. Los items propuestos por Dickstein son los siguientes:

1. A menudo su pareja ignora los sentimientos de usted.
2. Ridiculiza o insulta a las mujeres como grupo.

3. Ridiculiza o insulta la mayoría de sus valores, creencias, religión, raza, herencia o clase.
4. Utiliza su visto bueno, aprecio o afecto como castigo.
5. Continuamente le critica, le insulta o le grita.
6. Le humilla en privado o en público.
7. Rechaza mantener relaciones sociales en su compañía.
8. Controla el dinero y toma todas las decisiones.
9. Rechaza trabajar o compartir dinero.
10. No permite su acceso al dinero o a las llaves del coche.
11. Con frecuencia le amenaza con abandonarla o dice que se va.
12. Le amenaza con hacerle daño a usted o a su familia.
13. Castiga o priva a los niños cuando está enfadado con usted.
14. Amenaza con secuestrar a los niños si usted lo deja.
15. Abusa, tortura, mata a los animales domésticos para hacerle daño.
16. Le acosa con asuntos que el imagina que usted está haciendo.
17. Le manipula con mentiras y contradicciones.
18. Destruye los muebles, hace destrozos en las paredes o rompe útiles domésticos durante las discusiones con usted.
19. Maneja armas de forma amenazante.

La detección del maltrato psicológico es fundamental *per se* y porque se ha demostrado que existe progresión desde el abuso psicológico al físico (Murphy y O'Leary, 1989) lo cual tiene una clara implicación para la comprensión y prevención de la agresión conyugal. En la misma investigación, contrariamente a la hipótesis de trabajo planteada, los autores comprobaron que los niveles de insatisfacción de la pareja no predecían los incidentes de agresión física.

Otros términos interesantes de clarificar se refieren a qué tipo de parejas son consideradas como tales en relación al estudio del abuso conyugal. En general, el abuso conyugal se refiere a conductas agresivas que implican a la pareja que está casada, cohabita o tiene una relación continua o íntima previa.

Por último, se denominan ciclos de abuso a aquellos periodos que incluyen el momento de mayor tensión entre el abusador y el abusado, el subsecuente escape de hostilidad y tensión por medio de un incidente de abuso, el periodo de arrepentimiento que a menudo sigue y el posterior periodo de tranquilidad generalmente conocido como el “periodo de luna de miel”. La tensión comienza a construirse de nuevo y el ciclo se repite.

## **2.1. Diferencias de género y malos tratos.**

Un aspecto que ha merecido el interés y estudio de algunos investigadores es el referente a las diferencias del hombre y la mujer en las actitudes y experiencias de la conducta violenta. En 1.982 The National Crime Survey de E.E.U.U. refirió que el 95% de todos los crímenes violentos entre esposos fueron dirigidos por maridos y ex-maridos a las mujeres, mientras que sólo el 5% fueron dirigidos a maridos por esposas o ex-esposas. Analizando informes de la policía de Scotland Yard, Dobash y Dobash (1.979) encontraron que las mujeres británicas fueron el blanco de la violencia en un 94% y agresoras en un 3% de los casos. También examinaron informes de la policía Berk y cols. (1.983), quienes encontraron que eran las mujeres las que resultaban heridas en un 94 a 95% de los casos y que, incluso cuando ambos cónyuges resultaban lesionados, las lesiones de las mujeres eran casi tres veces más graves que las de los hombres.

Potter-Efron (1.990) señala que la incidencia de violencia del marido a la mujer (12,1%) no difiere mucho de la violencia de la mujer al marido (11,6%) en una muestra nacional norteamericana recogida por Straus (1.980), pero casi toda la literatura conviene en atribuir la génesis de la violencia al hombre. Se argumenta que las mujeres son violentas, pero dentro de las dos normas sociales aceptadas de autodefensa y reciprocidad. Por otra parte, debido a la diferencia,

en promedio, de tamaño físico, las mujeres no son tan capaces como los hombres de aplicar igual fuerza destructiva en un único golpe, y tienden más a usar "igualadores" o armas para equilibrar esta disparidad (Witt, 1980).

Straus (1983) y Straus et al. (1980) citan frecuentemente el género como un factor a tener en cuenta en la violencia familiar, y encuentran que:

- 1) los maridos se asocian a las formas más peligrosas y lesionantes de violencia;
- 2) en general, los hombres son físicamente más fuertes, por lo que las mujeres suelen lesionarse más seriamente que los hombres;
- 3) los maridos repiten los actos violentos más que las mujeres;
- 4) en las mujeres son más frecuentes los actos de violencia de carácter autodefensivo;
- 5) muchos actos de violencia tienen como destino las mujeres embarazadas;
- 6) por razones económicas y sociales las mujeres tienen menos alternativas para dejar una situación violenta que los hombres.

Es decir, aunque las mujeres abusan físicamente de los hombres (Steinmetz, 1977-78), la violencia contra las mujeres es cualitativamente más grave (Pleck, Pleck, Grossman y Bart, 1978; Straus et al. 1980). También Saunders (1.986) defiende que aunque las mujeres maltratadas golpeen a sus maridos, suelen hacerlo como mecanismo de autodefensa, con lo cual no cambia su posición de poder en la relación y la violencia suele repetirse. En otras palabras, las mujeres pueden ser tan responsables de la violencia como los hombres en determinados casos pero, como son más victimizadas, merecen especial consideración.

Straus y colaboradores señalan que la organización sexista de la sociedad y su sistema familiar son unos de los factores fundamentales del alto nivel de maltrato conyugal a las mujeres. "La violencia es usada por el miembro más poderoso de la familia como medio para legitimizar su posición dominante" independientemente de que

sea hombre o mujer quien ostente esta posición pero indefectiblemente, por la propia estructura socioeconómica, dicha posición suele ocuparla el hombre.

Douglas y Strom (1988) identifican a este respecto varias cuestiones: 1) La conducta violenta es responsabilidad del individuo que opta por ella. 2) La violencia ejercida por mujeres maltratadas suele responder a mecanismos de autodefensa y no suele provocar lesiones graves. 3) Cuando ocurre, la violencia llevada a cabo por la mujer rara vez es efectiva para cambiar la dinámica de poder de la relación, en la cual ella ocupa el lugar menos ventajoso.

Hay también claros ejemplos de que hombres y mujeres mantienen actitudes diferentes ante su experiencia de los actos violentos. Las mujeres, por ejemplo, minimizan y racionalizan la violencia cometida contra ellas. Mills (1985) describe cómo las mujeres entrevistadas por ella minimizaban los aspectos problemáticos de la violencia de sus maridos, ignorando y centrándose en los aspectos positivos de las relaciones con ellos o justificando la conducta de sus maridos como actos fuera de control.

### **3. Incidencia de los malos tratos conyugales.**

El que en los últimos años comience a reconocerse la importancia del tema de los malos tratos conyugales se debe, en gran medida, a la evidencia estadística, proporcionada por los investigadores, de su enorme e insospechada incidencia.

La mayor parte de las investigaciones sobre violencia familiar están basadas sobre diseños cuestionables desde el punto de vista de la obtención de la información, debido a la naturaleza retrospectiva de

los datos, o a la fiabilidad de la información de segunda mano (informe de los padres, por ejemplo, en el caso de maltrato infantil) más que a observaciones directas o conductas validadas. Dada la desaprobación general de la sociedad sobre las diversas formas de violencia familiar, los adultos a quienes se les pide que proporcionen retrospectivamente recuento de experiencias tempranas, podrían reconstruir la historia de su propia infancia para ser consistentes con o explicar su conducta actual. Es lo que ocurre en muchas de las investigaciones de abuso infantil que están basadas en autoinformes de los padres (a menudo de las madres), quienes a su vez son participantes, voluntaria o involuntariamente, del grupo de padres agresores. Lo mismo ocurre con los estudios retrospectivos sobre agresión marital, los cuáles corren el riesgo de no ser fiables porque, dada la desaprobación social de la agresión conyugal, los adultos involucrados en tales conductas pueden reconstruir su infancia familiar como agresiva para ser consistentes y explicar su conducta actual. Igualmente, los adultos no comprometidos en agresiones conyugales pueden avergonzarse de una familia de origen agresiva y, por tanto, reconstruir su infancia como no violenta. Ambas fuentes de medida inducen a error e inflan sistemáticamente los efectos de la transmisión intergeneracional de la violencia. Otro problema es el uso de técnicas de muestreo débiles que implican muestras de oportunidad o conveniencia; los datos se obtienen de casos que se tienen a mano, anécdotas clínicas o pequeñas escalas de casos clínicos.

De acuerdo con estadísticas del FBI, casi el 20% de todos los asesinatos en EEUU son cometidos entre miembros familiares, y casi una tercera parte de todas las mujeres víctimas de homicidio son asesinadas por sus maridos o novios (U. S. Department of Justice, 1984). Otras fuentes (Browne, 1987) indican que casi un millón y medio de mujeres en Estados Unidos son asaltadas por su compañero cada año; una significativa proporción de estas mujeres explotarán matando a su compañero de pareja. Durante 1984, un tercio de los homicidios de Estados Unidos relacionados con la pareja in-

volucraban a mujeres que mataban a sus maridos, y dos tercios a maridos que mataban a sus esposas.

Según un informe de Langan e Innes (1.985), el 3% de los norteamericanos son víctimas cada año de crímenes violentos (asesinato, violación, robo o asalto grave). Del total de delitos violentos, la violencia doméstica es considerada como la más común. Un 13% de todos los matrimonios de USA sufren violencia grave de forma crónica, según datos de 1989 (Widom, 1989).

En Canadá, uno de los países pioneros en el estudio y tratamiento de los malos tratos conyugales, cada año son más las mujeres mutiladas y asesinadas por sus maridos, amantes o ex-compañeros. Cada vez son más los médicos que tratan a mujeres por lesiones físicas y quejas somáticas cuya causa es dejada sin detectar. Cada día el ciclo de violencia es perpetuado y, al menos, 1 de cada 10 mujeres canadienses se sabe que será maltratada (MacLead, 1980).

La cifra de incidencia de violencia grave se estima en un 6% de las parejas (Straus, 1.980). Además las mujeres maltratadas suelen ser víctimas de conductas violentas repetidas (Nuttall, Greaves y Lent, 1985; Straus, 1980). Estadísticas recogidas en casas-refugio indican que un 31% de las mujeres allí residentes son golpeadas con una frecuencia semanal o diaria, y el 26% al menos una vez al mes (MacLead, 1980).

La incidencia de la violencia familiar sigue siendo tema de debate abierto, pero aún menos conocidos son sus efectos. Para los niños que han sufrido abuso o negligencia, las consecuencias inmediatas pueden conllevar lesiones físicas o traumas psicológicos, pero las cicatrices ambientales y emocionales que estos niños y aquellos que presencian violencia familiar importante puedan sufrir en su vida posterior son sólo hipótesis de trabajo actualmente.



Datos nacionales americanos indican que en 1982 fueron realizados casi un millón de informes oficiales de abuso infantil o abandono (American Humane Association, 1984), y muchos investigadores creen que los informes oficiales subestiman dramáticamente la verdadera incidencia del abuso infantil. Finalmente, una encuesta al azar de mujeres que viven en San Francisco indicó que el 2,5% había sido forzada a mantener relaciones sexuales orales, anales o genitales con su padre, padrastro o hermano antes de los 18 años de edad.

Demasiadas acciones que llevarían a intervenir legalmente si ocurrieran entre extraños son pasadas por alto cuando ocurren entre miembros de la familia. Es esencial que se usen los mismos criterios para designar la violencia dentro de la familia que fuera de ella. Un ejemplo cotidiano se refiere a que ciertos castigos físicos a niños son aceptables en la mayoría de las comunidades cuando son administrados por los padres y, sin embargo, son generalmente inaceptables cuando son infligidos por otros adultos (por ejemplo maestros de escuela).

## **4. Algunas teorías acerca de los malos tratos conyugales.**

Respecto a las raíces de la violencia doméstica, los sociólogos afirman que nuestra cultura enseña a los hombres que ellos tienen derecho a ser amos del hogar y que cierta cantidad de agresión física puede ser necesaria para mantener el orden y control del mismo. Entender la dinámica de la violencia es fundamental para poder planear y ejecutar correctamente el tratamiento de sus disfunciones.

Antes de iniciar la exposición de algunas de las teorías que tratan de dilucidar las razones de la violencia conyugal, merece la pena detenerse en algunos tópicos frecuentemente escuchados e internalizados en nuestra cultura acerca de la violencia contra las mujeres.

“Las mujeres maltratadas son masoquistas”. La opinión de que las mujeres maltratadas desean y consiguen algo del abuso que soportan, descansa sobre el punto de vista tradicional de que las mujeres son esencialmente masoquistas por naturaleza (Deutsch, 1944; Freud, 1933). Caplan (1984) argumenta que las teorías de masoquismo son innecesarias para explicar fenómenos que pueden ser mejor explicados de otras maneras. Por ejemplo, Dutton y Printer (1981) describen el proceso de “vinculación traumática” en el que la mujer maltratada está unida al maltratador en virtud a su conducta de enamoramiento arrepentido (Walker, 1979, 1984), lo cual puede ocurrir seguidamente al episodio violento, no a causa de su conducta abusiva. Las mujeres maltratadas describen ocasiones en que su compañero es amoroso y cariñoso. A menudo es en estas cosas en las que la mujer golpeada deposita su esperanza de que el cambiará. Además ayuda a explicar, en parte, por qué las mujeres maltratadas mantienen una relación abusiva y minimizan la severidad de la violencia.

Otros factores culturales importantes que estimulan el silencio de la víctima incluyen los siguientes: “uno se casa para lo bueno y lo malo”, “hay que amar, honrar y obedecer al marido”, “hay que permanecer juntos por los hijos”, “lo último es irse de casa”, “la vergüenza que yo sentiría en mi pueblo, con mi familia, mis amigos y mis compañeros si supieran esto”,...

La sociedad, en general, continúa aceptando los estereotipos tradicionales de rol sexual y asumen que las mujeres deberían ser pasivas y aceptar “su suerte en la vida”. Varios estudios han demostrado que esta “percepción tradicional” está de acuerdo con nociones tales como que las mujeres nunca admiten que ellas quieren sexo y el papel de los hombres es vencer su resistencia, y esto lleva al hombre a justificar su forcejeo (Check y Malamuth, 1983).

Una de las tendencias de más peso en las Ciencias Sociales, es aquella que considera los malos tratos conyugales desde la pers-

pectiva de que la violencia conyugal constituye una forma más de “violencia familiar” (la “violencia en la familia como sistema”). La familia, idealmente, puede ser definida como un grupo social destinado a nutrirnos, instruirnos en valores morales y sociales y protegernos de daño. Sin embargo las estadísticas recientes indican que la familia americana cuenta con un 20% de posibilidades aproximadamente de llegar a ser el escenario de la violencia (Gelles y Straus, 1980). De hecho, los investigadores de la violencia familiar aseguran que la familia es el grupo social más violento del país; es decir, los individuos tienen más posibilidad de ser dañados por un miembro de su familia que por cualquier otro ajeno a la misma (Gelles y Straus, 1979; Witt, 1980).

Usando argumentos históricos, Demos (1979) hizo una descripción de los cambios acaecidos en la familia de forma concomitante a los cambios sufridos por la economía. Alrededor de 1820, antes de la industrialización y urbanización masivas, la familia es caracterizada por Demos como una comunidad en la cual los límites familiares estaban casi completamente confundidos con los límites de la comunidad.

Posteriormente, la familia de la sociedad industrializada se constituye como refugio de los peligros y del penoso mundo de la fábrica y se adapta a una “división natural de las labores”; la población femenina es relegada a las tareas domésticas y crianza de los niños. Las necesidades de la sociedad industrial demandaban un mayor control de la población en orden a mantener un remanente preparado para la producción. Como refugio, la familia de este período servía como área de dominio del hombre trabajador subordinado, un lugar donde él podía mandar en compensación a su posición en el mundo laboral. Esta configuración de las relaciones familiares cumplía la importante función de “desfogar” la cólera del trabajador y su desprecio, dotándole de un grupo a quien gobernar, al tiempo que transforma su responsabilidad para con la familia en un medio útil que “conservadoriza” su frustración. En este marco, la violencia servía para asegurar la domesticidad de la familia.

Demos ve la familia postindustrial como un grupo de encuentro. Durante la industrialización, la familia fué desprovista de muchas de sus funciones, las cuáles pasaron a ser colmadas por la comunidad para asegurar la presencia de los trabajadores en los sistemas de producción. Hacia 1950, gran parte de las necesidades de los miembros de la familia a cubrir por el cabeza de familia fueron siendo satisfechas por el estado: la educación obligatoria, cuidado médico estatal, religión oficializada, agencias de servicios sociales,... La expresividad emocional constituye, pues, el último remanente de las funciones familiares. Actualmente, en las sociedades occidentales el trabajo es mucho menos demandante físicamente pero mucho más monótono. Las múltiples funciones de la familia han sido reducidas a sólo unas pocas. Donde la familia era la unidad de producción, ahora sirve principalmente como lugar para la satisfacción de las necesidades emocionales de sus miembros. La economía actual necesita trabajadores contentos y menor número de ellos. Para combatir las frustraciones del trabajo tales como el aburrimiento y el estrés social (paro, inseguridad,...) al trabajador se le sigue permitiendo desahogar su cólera en la familia. Únicamente han cambiado las razones para la violencia.

Los abundantes intentos teóricos para explicar la violencia en la familia contrastan con la pobreza de confirmación empírica investigada. La teoría de la “violencia familiar” mantiene que la violencia entre cónyuges forma parte de un patrón de violencia que ocurre entre todos los miembros de la familia. La violencia se constituye en una respuesta aprendida atribuible directamente a las relaciones de los miembros en un grupo particular. Estos investigadores, como Straus y cols., enfocan los actos violentos en la pareja como un ejemplo específico de la violencia endémica en la sociedad. Sus investigaciones han contribuido a entender la familia como un lugar peligrosamente violento para muchas personas y han sido pioneros en la recogida de datos sobre la violencia doméstica, preocupándose por encontrar medidas fiables de la incidencia de actos violentos (como la *Straus's Conflict Tactics Scale -STC-*).

Diversos autores han señalado que la violencia se halla desigualmente distribuida en la sociedad (Coser, 1967; Wolfgang y Ferreuci, 1967); según esto, uno podría esperar encontrar mayores niveles de maltrato conyugal e infantil en las clases sociales menos favorecidas y en las viviendas de ghettos étnicos. Esto, sin embargo, sólo ha sido parcialmente confirmado en estudios empíricos (Gelles, 1979; Straus et al, 1980). La violencia hacia niños y cónyuges declina sólo ligeramente entre los grupos de ingresos más altos (Gelles y Straus, 1979). Y, mientras no se realicen estudios comparativos que lo demuestren, la violencia intrafamiliar no parece variar de un grupo étnico a otro. La violencia familiar parece estar presente independientemente del estatus socioeconómico o el grupo étnico de sus miembros. Y es que hombres y mujeres de todas las clases sociales están sujetos a los códigos normales de conducta contenidos en la "superestructura" de la cultura. Por ejemplo, la arrolladora tendencia al castigo corporal como sistema de punición elegido por los padres (Steinmetz, 1.978) indica niveles homogéneos de violencia a través de clases y géneros.

Kratcoski encontró que una muestra de jóvenes violentos hacia sus padres habían sufrido violencia de éstos hacia ellos (78% vs 30%), habían expresado violencia hacia sus hermanos (83% vs 59%), y habían observado a sus padres reaccionando de forma violenta uno contra otro (33% vs 11%) en mayor grado que aquellos que no eran violentos con sus padres. De todas formas, debido a que estos hallazgos se basan en datos recogidos retrospectivamente, sufren de las limitaciones asociadas con tales diseños. "En algunos casos, el joven violento que golpea a uno de los padres actúa en defensa propia o intentando proteger a uno de los padres o hermanos que ha sido golpeado por un cónyuge, amigo u otra persona en el hogar. En muchos casos la violencia del joven hacia su padre es consecuencia del intento por el padre de hacer valer la autoridad sobre el joven, y el rechazo de éste a dicho intento reaccionando con violencia física" (Kratcoski (1985, p.155).

Otra tendencia teórica estudia el problema de los malos tratos desde una aproximación feminista, y centra la cuestión en las relaciones hombre-mujer y la desigualdad entre ambos como factor clave de la violencia. Los investigadores feministas no están de acuerdo con que hombres y mujeres participen en igual medida en la violencia, ya que cuando la mujer participa en actos violentos éstos son primariamente autodefensivos.

Algunas críticas feministas al modelo de “violencia familiar”, antes comentado, ponen de relieve que una aproximación de este tipo (familia como sistema) cuestiona ciertas reivindicaciones puesto que pasa por alto importantes variaciones de género en las normas, legitimización y, sobre todo, poder. Los golpes de un hombre a una mujer tienen diferentes efectos, consecuencias y significados que los golpes de una mujer a un hombre. Desde el paradigma “sistema de familia” la cuestión de la autodefensa y la consideración del contexto de los actos violentos queda sin consideración, los actos de la mujer son malinterpretados y la dinámica de la violencia doméstica es malentendida (Breines y Gordon, 1983; Dobash y Dobash, 1979; Kurz, 1989; Saunders 1988a, 1988b). Estos investigadores cuestionan la validez de la STC porque piensan que no discrimina entre los diferentes tipos de violencia y porque, al trabajar con autoinformes, existe un importante riesgo de distorsión: los hombres tienen más tendencia que las mujeres a restar importancia a sus actos violentos. Para apoyar sus opiniones estos autores se apoyan en estadísticas oficiales del sistema judicial y de los hospitales.

Según la perspectiva feminista, los hombres usan la violencia como forma de controlar a sus compañeras. Las entrevistas demuestran que los incidentes de malos tratos ocurren cuando los hombres intentan que sus esposas cumplan sus deseos. De cualquier manera, la violencia física sólo es una de las formas en que los hombres intentan ejercer control sobre las mujeres; otras son la cólera y el abuso psicológico. Los hombres maltratadores creen jus-

tificado su uso de la violencia en base a la conducta de sus esposas o porque creen que se trata de normas socialmente aceptables, puesto que históricamente las instituciones han permitido y condonado el abuso físico por los maridos para controlar a sus mujeres.

A pesar de la aparente ideología liberal y democrática de igualdad de los cónyuges en el matrimonio occidental contemporáneo, éste institucionaliza el control de la mujer por su marido a través de estructuras de roles hombre-mujer. Las mujeres son las responsables del trabajo doméstico, cuidado de los niños y apoyo psicológico y emocional, y la identidad primaria del hombre es proporcionar y resolver lo referente al mundo laboral. El marido, pues, tiene el estatus más importante y también controla la mayoría de las cuestiones y decisiones en la familia.

Los feministas, además, argumentan que el uso de la violencia para el control en el matrimonio es perpetuado no sólo a través de las normas relacionadas con los derechos del hombre en el matrimonio, sino a través de la dependencia económica de la mujer respecto de su marido, lo cual le dificulta abandonar una relación violenta. Esta dependencia aumenta con la dificultad para conseguir una verdadera autonomía económica, en parte debido a la falta de entrenamiento para acceder al mundo laboral, y, de conseguirlo, por la escasez de servicios sociales que permitan el cuidado adecuado de los hijos.

La aceptación social de la violencia como medio de control de las mujeres lleva a algunos investigadores feministas a cuestionar la tesis de que la violencia es transmitida primariamente a través de patrones familiares patológicos: el ser testigo de abuso en la propia familia de origen no es un factor predictivo absoluto de conductas de abuso posteriores. Stark y Flitcraft concluyen que “por cada abusador que ha sido golpeado de joven, hay dos que no lo han sido” y que “la mayoría de las personas con antecedentes infantiles violen-

tos no llegan a ser abusivas y la mayor parte de las mujeres golpeadas no proceden de familias de origen violentas”.

Desde una perspectiva feminista, la cuestión de si el sexismo es “un” factor o “el” factor de raíz de la violencia es crítico y revela diferencias ideológicas básicas. Los investigadores de la violencia en la familia como sistema usan al núcleo familiar como unidad primaria de análisis, mientras que los feministas colocan las relaciones hombre-mujer en el centro de su análisis. Además, los defensores del estudio de la violencia desde un enfoque familiar sistémico asumen que hombre y mujer tienen una cantidad equitativa de igualdad en el matrimonio, mientras los feministas consideran que, en general, las mujeres tienen menos ingresos y menos poder que los hombres.

Por último, para los autores sistémicos la violencia es el problema primario a ser explicado; en cambio, para los feministas una cuestión igualmente importante es la de por qué las mujeres son casi siempre el blanco de la violencia.

Desde un análisis feminista de la violencia contra la mujer (Walker, 1985), la causa básica considerada es la de ser mujer y el dominio patriarcal, tanto en la familia como en la sociedad (Chapman y Gates, 1978; Dobash y Dobash, 1981; Gelles, 1972, Jones, 1980; Martin, 1976; Pizzey, 1974; Walker, 1979). El conflicto, pues, se sitúa en un contexto más amplio, el de una sociedad violenta en donde la violencia contra la mujer es fácilmente tolerada. Este reconocimiento no disminuye la necesidad de actuar ni la propia disposición para buscar la salvación, sino que debe permitir ganar el apoyo de otras mujeres (y hombres) trabajando para detener la violencia a gran escala.

Los feministas creen que el dominio masculino debe ser un aspecto central en el análisis de la violencia familiar, y que comparar el abuso conyugal con el abuso infantil, de ancianos, de hermanos,...



desvía la atención de la problemática feminista. Propugnan que el maltrato conyugal debería ser equiparado a otros tipos de violencia contra las mujeres, como la violación, el acoso sexual, incesto,... y no con otros tipos de violencia familiar puesto que estos actos de violencia contra las mujeres comparten características que son consecuencia del dominio masculino. No obstante, el abuso conyugal está íntimamente ligado a la dinámica del abuso infantil, y la violencia familiar no es sino el resultado directo de los intentos de los hombres para mantener el control sobre los miembros menos poderosos: mujeres y niños. De hecho, al hablar de abuso infantil ejercido por mujeres importa distinguir entre aquellas mujeres que están únicamente implicadas en el abuso infantil y aquellas otras que además están a su vez sufriendo abuso, en orden a evitar castigar a mujeres abusadas por extender su abuso a los hijos.

Los investigadores feministas temen que el tratamiento de la violencia conyugal como un elemento más de la violencia familiar contribuya a adoptar una política social que entorpezca el logro de las igualdades entre hombres y mujeres. Temen, asimismo, que los médicos aconsejen a las mujeres maltratadas, en un marco individualista, resolver sus problemas sin tener en cuenta el contexto del poder en la familia.

La diferencia en el tratamiento de la cuestión entre ambas tendencias puede resumirse así: ambas perspectivas enfatizan la importancia de la posición subordinada de la mujer, pero mientras los investigadores de la violencia familiar creen que esto es sólo uno de los diversos factores contribuyentes, los escritores feministas defienden que tratar la subordinación de la mujer es crucial en el análisis del problema.

Los principales defensores del modelo de violencia familiar (Straus, Gelles y Steinmetz principalmente) creen que la violencia familiar tiene su origen en las normas sociales que condonan la violencia y

en la estructura de la familia contemporánea. Utilizando la Tactics Conflicts Scala encuentran que un 12,8% de los hombres cometen actos violentos hacia sus esposas, y que un 11,7% de las mujeres los cometen hacia sus compañeros. Según Straus, "tradicionalmente los hombres han sido considerados más agresivos y violentos que las mujeres, pero la situación más común es que ambos usen la violencia".

Tomando como objeto de estudio parejas que refieren algún tipo de violencia, Straus encuentra que en el 49% de los casos se trató de situaciones en las que ambos cónyuges fueron violentos, en un 27% sólo los maridos cometían violencia y en un 24% sólo las mujeres. Sobre la base de este estudio, un miembro de la investigación concluyó que también había un síndrome del hombre maltratado que no había sido reconocido previamente y que requería atención (Steinmetz, 1977, 1978).

Straus y cols. aislan tres principales causas de violencia en la familia occidental contemporánea. Primero, la propia estructura de la familia; creen que ésta está sujeta a un grave estrés por las dificultades en las condiciones de trabajo, desempleo, inseguridad económica y problemas de salud, lo cual lleva a sus miembros a ser violentos unos con otros.

En segundo lugar, estos autores piensan que la familia, y la sociedad en general, acepta que la violencia es una forma de resolución de conflictos. Como sugieren estos autores, nos podemos sentir culpables, desplazados o avergonzados cuando nos comportamos de una forma socialmente inaceptable; incluso, podemos considerar una conducta abusiva de los padres o los cónyuges entre sí como anormal, pero, desde un contexto más amplio, se acepta que la familia está sujeta a unas normas que, a menudo, comportan que alguna forma de violencia es necesaria, correcta y "buena" para los miembros de la misma. Socialmente se tiende a diferenciar la violencia intrafamiliar de la violencia en la calle.

La violencia también es aceptada culturalmente en los programas de televisión, folcklore, cuentos infantiles, etc.,... En este sentido, en un reciente estudio se puso de manifiesto que 1 de cada 4 mujeres y 1 de cada 3 hombres opinaban que “el que un cónyuge abofetee a otro es o necesario, normal o bueno” y un 70% de los mismos pensaban que “abofetear a un niño de 12 años es o necesario o normal o bueno”.

Straus y colaboradores (1980 y 1983) creen que la familia socializa al niño en la violencia, a lo que contribuye la ampliamente aceptada práctica del castigo infantil con fuerza física incluida. En este sentido, añaden que los hombres que presenciaron violencia física entre sus padres tienen tres veces más probabilidad de maltratar a sus compañeras y 10 veces más probabilidad de abusar de ellas con un arma. Por todo ello, concluyen que cada generación aprende a ser violenta por participar en una familia violenta (“la violencia engendra violencia”).

Otros investigadores intentan combinar ambos enfoques, teniendo en cuenta la dinámica del poder y abuso de la mujer según los criterios feministas, y el tratamiento de la violencia doméstica desde una perspectiva más universal del sistema familiar. Desde ambos puntos de vista analizan el abuso de uno de los miembros de la pareja como una relación social y de dominación más que como actos individuales de violencia.

Una de las hipótesis que más literatura académica y periodística ha originado se refiere al ciclo de la violencia: los niños abusados llegan a ser abusadores, y las víctimas de la violencia llegan a ser agresores. La idea de que la violencia engendra violencia está fuertemente establecida en la mente de los profesionales y del público en general, como señalan Garbarino y Gillian (1980): “La primera hipótesis ambiental en el campo del abuso y la negligencia es, por supuesto, la noción de la transmisión intergeneracional; la idea de que los padres que abusan fueron ellos mismos abusados como niños, y que la negligencia engendra negligencia” (p. 111).

Pero hay otros muchos acontecimientos en la vida del niño (tales como habilidades naturales, predisposiciones psicológicas, apoyo social y otros) que pueden mediar en los efectos del abuso o negligencia en el niño, por lo que las consecuencias a largo plazo de tal victimización son difíciles de determinar.

Se ha escrito mucho acerca del contexto de la violencia en nuestra cultura y la importancia de la fuerza y la violencia en la sociedad. Se ha argumentado que la aprobación social de tales conductas legítima y refuerza el uso de la violencia (Gil, 1973; Huggins y Straus, 1980; Steinmetz, 1977) y que las normas que prohíben la conducta violenta representan roles "legales" adoptados por ciertas subculturas, más que códigos informales de conducta practicados por otros. Es evidente que dado el contexto cultural del alto grado de aceptación de la violencia interpersonal en nuestra sociedad, aprender a ser violento a través de las experiencias infantiles normales no es difícil o inusual.

En cuanto a las teorías psicológicas centradas en el abuso conyugal a mujeres, existen principalmente tres apartados: a) explicaciones de la personalidad, b) teoría del aprendizaje social y c) explicaciones psicodinámicas.

Referente a las explicaciones de la personalidad, Hamberger y Hasting (1986) sugieren que en los hombres maltratadores existe una mayor psicopatología, y que exhiben características de personalidad que les predisponen a mayores dificultades para manejar el estrés en las relaciones íntimas.

Según Elbow (1977), el matrimonio constituye un intento para mantener un estado de homeóstasis en la vida de un individuo. Cuando este mecanismo fracasa y el ego del potencial agresor es cuestionado, el hombre recurre a la violencia en sus relaciones íntimas. Elbow identifica además, 4 características en la dinámica de la personalidad de los agresores:

1. El agresor puede transferir la culpa del conflicto marital sobre su pareja y rechazar su responsabilidad.
2. El hombre maltratante puede sentirse amenazado por la autonomía de su esposa. Puesto que depende de ella para satisfacer sus necesidades personales, se aísla de amigos y espera que su mujer haga lo mismo.
3. El agresor tiene una fuerte tendencia a maternalizar las relaciones con su mujer, viéndola de la misma manera que él percibe a su madre. De esta forma repite los conflictos y luchas emocionales que él tenía con su madre cuando niño.
4. Tiene rígidas expectativas respecto a su esposa y exige que la conducta de ésta se acomode a las mismas en todo momento.

Básicamente pues, Elbow rotula 4 tipos de síndrome de abuso en los hombres agresores. Cada síndrome se centra en una necesidad emocional diferente experimentada por el-agresor, el cual intenta colmar sus necesidades a través de su mujer. La formulación de Elbow ha tenido una profunda influencia sobre los tipos de programas de tratamiento implementados para hombres maltratadores.

Hofeller (1.983) a su vez, desde otro punto de vista, opina que los hombres que golpean a sus mujeres tienen las siguientes características de personalidad: inseguridad, pobre comunicación verbal, dominancia, doble personalidad, y poca capacidad de autoafirmación (de hacerse valer). El informe de Hofeller carece de una base empírica, por lo que no puede concluirse que estas características no sean, en mayor o menor grado, comunes a hombres no agresores.

Usando una muestra de 105 hombres maltratantes incluidos en un programa de tratamiento por mandato judicial, Hamberger y Hasting (1.986), administraron el Millon Clinical Multiaxial Inventory (MCMI) y examinaron los perfiles de personalidad. En sus resulta-

dos encontraron considerables niveles de disforia (depresión y propensión a la cólera). Los tres principales factores de personalidad hallados fueron

- Esquizoide/Bordeline
- Narcisista/Antisocial
- Pasivo-Dependiente/Compulsivo

Estos resultados fueron validados por los mismos autores en estudios posteriores, y sugieren que se trata de sujetos con un alto grado de histrionicidad; es decir, deliberadamente, manifiestan sus emociones teniendo en cuenta el efecto social que las mismas provocarán. Ello explicaría la doble personalidad de Dr. Jekyll/Mr. Hyde que a menudo se ha observado en estos individuos por numerosos clínicos (Elbow, 1977). Hamberger y Hasting señalan cómo estos sujetos muestran inicialmente conductas sociales apropiadas, e incluso encantadoras, pero cuando sienten amenazado su sentimiento de control, emergen rasgos negativos inherentes a su personalidad y demostraciones de violencia e intimidación. Mantienen que los golpadores, generalmente, tienen un sentido de realidad distorsionado lo que les lleva a interpretaciones de sucesos y situaciones que rayan lo psicótico. Esta interpretación proporciona la base para entender los patrones de conducta alternantes observados en este tipo de sujetos, quienes con frecuencia oscilan desde la calma y conductas prosociales a otras malhumoradas, vindicativas y abusivas.

El trabajo de Maiuro, Cahn y sus asociados (1.988) confirma que los maltratadores también pueden caracterizarse generalmente como grupo depresivo. Maiuro y Cahn postulan que los problemas psicológicos circunscritos potencian las explosiones violentas de cólera, al menos entre hombres de bajo estrato socioeconómico que constituían su muestra de estudio.

También Shnerger y Reigle (1988) concluyeron que los golpadores exhibían más psicopatología, incluyendo ansiedad, depresión y tendencias esquizoides

Otro intento, desde el enfoque psicológico, parte de la aplicación de la Teoría del Aprendizaje Social al abuso conyugal. Constituye ésta una de las principales asunciones de los estudiosos de la violencia familiar como sistema. Según esta teoría, la conducta violenta es una respuesta aprendida. La Teoría del Aprendizaje Social sugiere que la interacción recíproca continua entre el individuo y el ambiente proporciona la base por la cual las consecuencias de la conducta son aprendidas, y así, la conducta es realizada (Bandura, 1972).

Dos conceptos fundamentales en el desarrollo de la personalidad dirigen la perpetuación de la conducta, en este caso la violencia en la familia. Primero está el proceso de *looking glass self* por el cual los individuos llegan a valorarse a sí mismos y modificar su conducta en función de las reacciones de los otros (Cooley, 1964). En segundo lugar está la estructura del *generated other* (Mead, 1934), según la cual uno aprende a anticiparse a las expectativas de los otros, primero imitando y después percibiendo la evaluación que los otros hacen de la propia conducta. La conducta esperada es aprendida aumentando el arraigo de los roles representados hasta que un conjunto generalizado de expectativas es internalizado. Después de continuas repeticiones de esta dialéctica, los valores y normas de una cultura pueden ser completamente internalizados (Cosser, 1971).

En las familias violentas este proceso de desarrollo es evidente. A menos que modelos alternativos reemplacen la imitación de los padres cuando éstos están enfrentados, el conjunto de roles conyugales y parentales conteniendo elementos punitivos y posesivos continuará transmitiéndose en las generaciones futuras. Se trata, en principio, de un aprendizaje individual a responder violentamente a determinadas situaciones a través de modelos de conducta de otros miembros de la familia o figuras significativas. Como resultado final encontramos que cuando estímulos estresantes frustran al agresor, estalla la violencia de éste como una acción apropiada y

justificada; esto significa que los golpeadores transfieren externamente su frustración y cólera sobre el marco familiar; concretamente, la desplazan hacia los blancos disponibles y más vulnerables (Toch, 1986).

La Teoría del Aprendizaje Social proporciona pues, un probable modelo acerca de cómo la agresión física entre los miembros de una familia facilita el aprendizaje de conductas agresivas. Los niños aprenden, al menos en parte, imitando algunas de las conductas de los demás. Así, los niños aprenden a ser agresivos mediante la observación de la agresión en su familia y la sociedad que les rodea. Según este enfoque, "cada generación aprende a ser violenta por pertenecer a una familia violenta". Esta hipótesis, el abuso engendra abuso, se apoya fundamentalmente en cuatro tipos de evidencia experimental: historias de casos, informes de agencias de servicios sociales, entrevistas clínicas y estudios de autoinformes. Entre otros autores, es ratificada por los estudios de Steele Pollock (1.968), Oliver y Taylor (1971), Silver, Dublin y Lourie (1969).

En conjunto, los estudios existentes al respecto sugieren que hay una alta probabilidad de abuso infantil por los padres si éstos sufrieron abuso de niños. La importancia de estos antecedentes en cifras oscila entre un 7% en los estudios de más baja incidencia y un 70% en los de mayor rango. Pero en la mayor parte de los estudios aquí incluidos, la mayoría de los padres abusadores no sufrieron abuso en su infancia. Una conclusión similar es a la que llegan Kaufman y Zigler (1987), quienes estimaron el valor de la transmisión intergeneracional de la violencia, en base a la literatura revisada, en un 30%  $\pm$ 5%. Esto significa que alrededor de una tercera parte de los individuos que sufren abuso o negligencia abusarán de sus hijos, y dos terceras partes no. Es decir, supone un factor de riesgo pero no es algo inevitable ni hay causalidad directa.

En cuanto a los datos sobre transmisión intergeneracional de la violencia en relación al abuso conyugal, son conflictivos. Hoffeller



(1983) mantiene que casi la mitad de todos los hombres que golpean a sus esposas fueron víctimas de abuso físico cuando niños u observaron violencia perpetrada contra sus madres por los maridos o parejas de éstas y que, en general, los hombres violentos suelen proceder de familias disfuncionales (en las que las relaciones son forzadas debido a la presencia de alcoholismo, drogadicción, abuso físico o sexual,...). De todas formas, el mismo Hofeller fracasó al apoyar sus especulaciones sobre datos empíricos.

Hotaling y Sugarman (1986) intentaron construir una lista de “marcadores de riesgo” que podrían influir en el abuso conyugal. Llegaron a dos conclusiones importantes: ser testigo de violencia parental cuando niño o adolescente constituye un marcador de riesgo importante, pero experimentar abuso físico cuando niño no es un consistente marcador de riesgo. De todas formas, experimentar abuso físico cuando niño se ha asociado con una mayor probabilidad de que el individuo tienda a abusar de su propia descendencia (Hotaling, Finkelhor, Kirkpatrick y Straus, 1988). Por tanto, la relación causal entre observar o experimentar violencia cuando niño y la probabilidad de tender al abuso conyugal no es una cuestión demostrada. Hamberger y Hasting (1988) sí que encontraron que estos antecedentes tienen más significación y son más característicos de abusadores con problemas de alcoholismo.

En resumen, los estudios realizados parecen indicar que presenciar y experimentar violencia en la familia de origen aumenta fuertemente la probabilidad de que un individuo tienda a abusar de su esposa. Por otro lado, familias de origen disfuncionales, especialmente aquellas en las que el alcoholismo o drogadicción es prevalente, cumplen un rol en la transmisión intergeneracional de la violencia. Evidentemente, las conductas violentas no son lo único que se transmite a través de las generaciones sino también otros tipos de conducta disfuncional (tales como el alcoholismo y la drogadicción) que a su vez parecen estar íntimamente ligados a los problemas de abuso conyugal.

La búsqueda de hipótesis explicativas de la violencia familiar ha llevado a considerar también la influencia de la exposición a la violencia proyectada en la televisión. Se ha confirmado que la exposición a la violencia televisiva aumenta los niveles de agresión en el espectador, tanto inmediatamente como a largo plazo, y lleva también a una desensibilización emocional. Se sugiere que la indiferencia emocional hacia la violencia puede configurarse también como indiferencia conductual en los niños pequeños. Parece ser que ver televisión "dura" puede llevar a distorsionar la percepción acerca de la violencia en la vida real tanto en niños como adultos. Estos hallazgos -aumentados niveles de agresión, insensibilización emocional y percepción distorsionada de la realidad- guardan gran similitud con los hallazgos considerados como característicos en investigaciones realizadas con delincuentes y agresores violentos.

En definitiva, aunque esta teoría parece presentar un argumento convincente para entender la violencia familiar, algunos investigadores no ven claro el proceso de traslación de los antecedentes biográficos a la violencia actual (Farrington, 1.986). ¿Por qué con antecedentes similares unos hombres abusan de sus esposas y otros no?. Una psicología de las variables individuales y de personalidad podría servir para completar el vacío entre los factores situacionales y las diferentes respuestas.

Un intento específico para llenar este hueco ha sido el estudio de la personalidad y las características actitudinales de los hombres maltratantes. Psicodinámicamente, tomando como referencia la identidad del rol sexual, Rosembaum (1986) concluye al respecto que los golpeadores tienden a ser menos masculinos, menos femeninos y más indiferenciados como grupo. La racionalización subyacente es que los hombres indiferenciados pierden su identidad de rol sexual y adoptan, pues, un patrón de conducta sobre la base de lo que un hombre debería ser o representar. La violencia es el resultado de la adhesión del individuo a la concepción de "lo masculino", la cual procede de la imagen de "hombre macho" promocionado en la sociedad.

Otro camino explorado por estos autores es la necesidad motivacional del hombre para el poder. Un estudio de Dutton y Stracham (1987) estudia las actitudes masculinas hacia las mujeres, la necesidad de poder y el grado de asertividad en hombres con tendencia al abuso conyugal. Concluyeron que estos hombres violentos tienen una alta necesidad de poder, y que una vez perdidos los recursos verbales para controlar una relación íntima, la consecuente frustración crónica sentida aumenta la probabilidad de que surjan explosiones violentas de cólera; es decir, la agresión cumple una función comunicacional que expresa el deseo del agresor por controlar el poder.

Según esto, la violencia aparece de forma motivada, y por tanto deliberada, dirigida a conseguir alguna meta, consciente o inconsciente. Los hallazgos de Dutton y Stracham son pues, consistentes con los de Hamberger y Hasting; ambos concluyen que los golpeadores tienen un alto grado de histrionicidad en el sentido de que, deliberadamente, expresan emociones en función del efecto social que creen que ellas producirán. Este elemento también es reconocido, aunque no explícitamente, por Toch (1.986) quien sugiere que las mujeres inmersas en una situación de abuso conyugal constituyen una audiencia indefensa óptima para mantener la conducta del abusador, quien ve satisfechas sus necesidades tanto a corto término, alivian su frustración, cuanto a largo plazo, mantienen el poder y control sobre la relación.

Quizás resulte útil en el futuro indagar otros caminos de estudio que ensayen algunas de las teorías generales de la violencia y la agresión, tales como las ofrecidas por Hans Toch (1969) y Megargee y Hockanson (1.970). Sus hallazgos señalan que los hombres encuentran más satisfacción al responder contragresivamente cuando son agredidos; mientras las mujeres se sienten más satisfechas al dar una respuesta amistosa frente a la misma situación. Puede que desde el inicio de las relaciones ambos cónyuges den diferentes respuestas en interacciones de carácter violento. Los hombres agreden a sus esposas y éstas responden de forma favorable o in-

diferente, pero no agresivamente. De todas formas, como la relación continúa y la violencia es usada cada vez más frecuente y severamente por el hombre, la esposa gradualmente va adoptando una postura más agresiva y puede, incluso, explotar violentamente si la situación persiste. Esto podría explicar cómo en algunos matrimonios se perpetúa el ciclo de violencia y, de hecho, aumenta en gravedad y frecuencia como sugieren algunos investigadores (Starey y Shupe, 1983).

Un estudio de investigación de probable interés sería constatar si los cambios de poder en la familia conllevan cambios en los niveles de violencia familiar. Por ejemplo, cuando las esposas trabajan y aumenta su poder en la familia, ¿aumenta la violencia masculina o disminuye como resultado de este cambio de poder?. Aún hay pocos estudios respecto a la influencia de los nuevos cambios sociales en los roles masculino-femenino.

En relación a este tipo de respuesta conviene comentar el rol de socialización sexual de las mujeres, el cual se halla imbuido, generalmente, de los valores culturales de sus padres. Estos valores abarcan conductas apropiadas para y de las mujeres de todas las edades. Los padres mantienen con sus hijas una actitud fundamentalmente de custodia, en comparación a la ofrecida hacia sus hijos varones. Consideran a sus hijas como más delicadas y frágiles, les permiten llorar menos de pequeñas, que realicen menos actividades normales consideradas arduas y que corran cualquier riesgo. Se las estimula a ser, por encima de todo, simpáticas, amables, dulces y útiles a cualquiera en orden a ser amadas y así sentirse ellas mismas como adorables. En definitiva, estos padres inducen a sus hijas a sentir que gustar a otros es su responsabilidad primaria aunque, demasiado a menudo, tengan que renunciar al reconocimiento de metas personales normales y deseos de las propias mujeres.

Las hijas son entrenadas para suprimir la expresión directa de cólera verbal y físicamente. Los padres suelen transmitir a sus hijas que

lograr el estatus de esposa y madre constituye la más alta meta en la vida, y desalientan la sana asertividad, la competitividad y la independencia tanto de cuerpo, mente o espíritu. Comprensiblemente, estas mujeres sienten que ellas necesitan gustar a sus "figuras significativas"; es decir, a sus maridos o compañeros, aunque abusadores, quienes, al contrario que las mujeres, fueron socializados para aceptar, merecer más, conocer mejor y tener el poder económico, físico y personal de tomar decisiones por las mujeres con quienes conviven.

Resumiendo, como muchos autores han señalado, las mujeres han sido socializadas para considerar el ser aceptadas en sus relaciones con los otros como cruciales en sus vidas. Como argumenta Chapman (1978), se producen mujeres socialmente dependientes de los hombres para su bienestar material y emocional.

Otro modelo teórico, el de la Teoría de Conflictos de Witt (Witt, 1987), argumenta que la violencia familiar deriva, en su mayor parte, de la dinámica de la economía capitalista, y equipara la relación marido/mujer a la existente entre empleados y empresarios (la labor del empleado es propiedad del jefe "benevolente" (Ollman, 1971)) (Becker y Abel, 1978). Según esto, la cultura define a los hombres como únicos proveedores responsables de sus familias.

Para Liazos (1972), el efecto patológico de la internalización de las normas de una cultura violenta se extiende más allá de la producción de ciudadanos físicamente violentos. "Es la familia, por supuesto, quien cumple la importante misión de difundir los estándares culturales a las generaciones venideras. Pero lo que la familia transmite es la porción de cultura accesible al estrato social y grupo en los cuáles se sitúan los padres. Hay, por tanto, un mecanismo para disciplinar a los niños en términos de metas culturales. El niño es expuesto a los prototipos sociales de que es testigo diariamente en la conducta y conversaciones de los padres (Merton, 1968)".

Según este modelo de la Teoría de Conflictos, la configuración de los ideales constituiría la “superestructura”, existiendo una “infraestructura” consistente en las relaciones económicas (Ruis, 1973). Es decir, la violencia familiar existe en alguna medida porque cumple una función económica. La “superestructura contendría todos los valores religiosos, morales, legales y familiares que son creados, implementados y modificados de acuerdo con intereses creados que controlan la economía, son las normas sociales. De manera que las conductas que violan estas normas -crímenes contra las personas y la propiedad- constituyen conductas desviadas punibles. Junto a estas proscripciones legales, hay otras normas implícitas cuya violación coloca al perpetrador dentro de la definición de desviado social (por ejemplo, el fracaso económico del cabeza de familia, el fracaso en las relaciones maritales que termina en separación y divorcio, presencia de estrés económico y social,...) para el que no se reconoce castigo legal.

En un patriarcado, como es el de la mayor parte de la cultura occidental, la incapacidad del hombre cabeza de familia para controlar las acciones, e incluso los pensamientos, de su esposa y descendencia es equivalente a hacer una contribución al debilitamiento de la nave del estado. Por supuesto, esto es debido al comovedor argumento político populista de que la “cadena de mando” para la nación comienza con las buenas relaciones familiares. El mensaje que suele transmitirse es que todo será estable si nosotros somos fuertes como conjunto familiar. Simultáneamente se propaga una ideología, típica de la cultura anglosajona norteamericana, de que “el trabajo duro siempre lleva al éxito”. Pero la débil seguridad de la familia puede ser fácilmente cuestionada por alguna de las diversas fuentes de distrés económico (p. e. desempleo) lo que lleva a la alienación de los miembros de la familia en una cultura que prima las reacciones violentas.

De esta manera, los miembros de la familia participantes en la economía, cuando fracasan en representar los roles familiares tradicionales,

al menos tienen una opción de alivio de la alienación emocional con el golpeo a quien se percibe como fuente de discomfort más próxima.

Según Witt (1987), los requerimientos actuales a volver a la familia "tradicional" parecen tener su génesis en facciones políticamente conservadoras que ven los cambios en las relaciones hombre/mujer de los pasados 20 años como la fuente de los actuales problemas familiares. En este sentido, el pensamiento feminista señala que la forma de familia "tradicional" constituye hoy un mito cultural (Thorne, 1982) siendo la realidad muy diferente: para la mayoría de las mujeres que "trabajan" y tienen familia, el trabajo rutinario doméstico de atender y cuidar las demandas familiares constituye otra gran parte de su carga laboral; el empleo fuera de casa no necesariamente exime del compromiso de la mujer hacia los miembros de su familia; la mayoría de las mujeres trabajan por el sueldo, porque su familia necesita más ingresos económicos y no necesariamente por satisfacción o necesidad personal,... Medidas conservadoras que no tengan en cuenta estos cambios sociales están primando la estabilidad familiar tradicional a expensas de socavar incluso, el bienestar material de la familia. Por ejemplo, una de las necesidades prioritarias de los padres que trabajan, particularmente de las madres trabajadoras, es la de disponer de centros de cuidado infantil a precios accesibles. No contar con estas facilidades es, precisamente, lo que contribuye a veces a que mujeres económicamente dependientes de su pareja continúen soportando relaciones abusivas (Gelles, 1980; Witt, 1980).

El soslayo de la realidad y de las nuevas necesidades de las mujeres fomenta la prevalencia de la familia tradicional: las mujeres deben quedar necesariamente como madres a tiempo completo puesto que la economía descansa sobre la estructura familiar de la monogamia y la familia nuclear. Esta estructura determinaría que los hombres realizan el trabajo pagado, mientras las mujeres cumplen funciones de crianza para la producción de generaciones futuras de participantes en la economía (Rowbotham, 1973).

Para Witt, la perpetuación de la autodependencia económica rígida de la familia nuclear tradicional constituye un potencial para el estrés emocional y económico de cada miembro de la familia puesto que, según esta teoría, una economía capitalista señala a la familia su responsabilidad de proporcionar a sus propios miembros “desde cuidado del niño a bienestar del anciano” (Feeley, 1972, p. 73).

Las investigaciones demuestran que los niveles e intensidad de la violencia familiar están directamente relacionados con el estrés social (Gelles, 1980). Los padres, particularmente las madres, están muchas veces inmovilizados en roles sociales con una serie de obligaciones que a menudo no pueden ser cumplidas, incluidas la incapacidad para mantener la solvencia económica o satisfacer las necesidades emocionales de los hijos. Todas estas condiciones estresantes han sido vinculadas frecuentemente a la violencia familiar (Gil, 1970; Prescott y Letko, 1977; Straus et al, 1980).

En resumen, la Teoría de los Conflictos de Witt, incluye algunos de los siguientes argumentos teóricos: 1) existe una cultura predispuesta a la defensa del uso “pragmático” de la violencia, que sirve como “paraguas” interpretativo para los miembros de la sociedad, 2) las normas de esta cultura son transmitidas a través de prácticas de socialización principalmente dentro de la familia, 3) esta tendencia a usar la violencia como “necesaria” es encarnada en una ideología que perdura a través de las relaciones entre las clases económicas, 4) la “amenaza de la violencia” es beneficiosa para el sistema económico-social, 5) en este sistema las mujeres han sido uniformemente subordinadas a sus maridos, creando una clase de potenciales víctimas.

De acuerdo con esta aproximación, inducir cambios en los niveles de violencia familiar conllevaría cambios radicales en diversos aspectos de la cultura.

Respecto al rol de socialización de los hombres, se tiende a que éstos reciban más “herramientas” personales para aprender y competir con



éxito y manejar el poder desde sus primeras experiencias vitales. Sus regalos infantiles incluyen balones de fútbol, cañas de pesca, coches teledirigidos, camiones,...Desde su nacimiento se les abraza y se les habla menos y se les permite llorar más; todo ello les capacita para desarrollar unos pulmones más poderosos y aprender a expresar cólera de forma más ruidosa. Posteriormente, a los niños se les enseña a “guardar silencio y endurecer el labio superior”, y así contener y negar sus sentimientos vulnerables mientras, simultáneamente, externalizan sus impulsos agresivos luchando entre ellos, gritando y manteniéndose en pie por ellos mismos.

Sobre una base biológica secundaria al desarrollo hormonal, los chicos llegan a ser normalmente más agresivos desde una edad temprana y los padres, particularmente el padre, se muestra contento y satisfecho de ver a este “pequeño tigre”. A ellos se les dice, y se espera de ellos, que han de triunfar en el trabajo, seleccionar, proteger y dirigir a su familia (esposa e hijos).

En su educación se les niega una importante parcela, la de comunicar sentimientos, especialmente los que revelen su vulnerabilidad. Nunca admitirán sus normales necesidades y sentimientos y, de hecho, se les enseña subliminalmente a que estas necesidades no existen y, por tanto, no tienen que aparecer. Esto último explica por qué cuando sus esposas los abandonan por determinadas razones personales o de relación, hecho cada vez más frecuente, los hombres se hunden emocionalmente, se sienten frustrados e impotentes y, desgraciadamente en un importante número de casos, reaccionan violentamente.

Finalmente, a los chicos se les enseña los mismos estereotipos acerca de cómo son o cómo han de ser las mujeres y, consecuentemente, aceptan estas ideas al igual que aceptan las ideas que se les ha enseñado acerca de ellos mismos.

Este dogma de género conlleva numerosos problemas posteriores en la vida adulta, entre los cuáles se incluye el abuso conyugal e infantil.

## 5. Perfil de las parejas violentas.

Un conjunto de investigadores, entre ellos Weitzman y Dreen (1982), estudiando parejas violentas y no violentas, encontraron que la diferencia entre ambas radica en que las parejas violentas utilizan patrones rígidos de interacción y emplean el abuso conyugal como respuesta aprendida frente al estrés. En estas parejas las luchas por el control se centran alrededor de temas tales como distancia e intimidad, celos y lealtad, dependencia e independencia, rechazo y aceptación incondicional, adecuación e inadecuación y poder e incapacidad.

Otros escritores (Cantoni, 1981; Cook y Frantz-Cook, 1984) apuntan como características frecuentes en parejas abusivas la inversión y confusión de roles, estructuras inadecuadas del Yo, ambivalencia intensa, dificultades en los límites intergeneracionales y cuestiones de separación no resueltas que llevan a una pérdida de diferenciación entre los esposos. En conjunto las relaciones pueden constituirse a veces como una unión simbiótica (Coleman, 1980).

Las parejas también pueden llegar a hacerse dependientes sobre la base de la agresión sexual como mecanismo para experimentar proximidad. Lenore Walker (1979) escribe acerca del ciclo de la violencia y describe cómo las parejas refieren un período de "luna de miel" de intimidad a continuación de episodios agresivos. Igualmente, Hanks y sus colegas (1977) estudiando mujeres golpeadas por hombres consumidores de alcohol señalan que éstos referían sentimientos de mayor intimidad después de los episodios agresivos. En este sentido, las parejas llegan a hacerse dependientes de la agresión como medio para regular la distancia en sus relaciones.

Los estudiosos de familias en las cuáles la violencia está presente hacen varias puntualizaciones: 1) los miembros de estas familias a menudo son mutuamente antagonistas; en efecto, gradualmente se

va escalando en los errores de entendimiento y desacuerdo hasta llegar a la agresión física (Patterson, 1985); 2) las personas que viven en estas familias aprenden a ser tanto víctimas como agresores (Wise, 1989); 3) las personas físicamente agresivas tienden a ser relativamente pobres en el campo de las comunicaciones interpersonales y, en consecuencia, tienden a utilizar la agresión para mantener el poder (Bolton y Boltob, 1987); 4) las familias con conflictos de drogadicción o incestuosos y las familias con agresiones físicas comparten muchas estructuras, tales como la inaceptación de la pérdida de control y la existencia de expectativas rígidas de rol (Potter-Efron y Potter-Efron, 1985; Bernard, 1989).

Herman, trabajando en la identificación de familias con abuso sexual infantil y padres abusadores, señala cómo a menudo estas familias resultan muy convencionales vistas superficialmente. Cuando las familias están muy desorganizadas se reconocen oficialmente con facilidad, pero muchos padres abusadores no resultan sospechosos y cumplen escrupulosamente con sus obligaciones y funciones sociales. Se trata de hombres considerados claramente como “cabezas de familia cumplidores” al tiempo que sus esposas conocen “su verdadero papel”. A menudo son descritos por los miembros de la familia como “tiranos familiares”, y cuando se les enfrenta a sus crímenes se comportan de una manera dócil, perpleja y como si los demás le fueran desagradecidos, intentando además negar sus acciones.

### **5.1. Perfil del hombre maltratante.**

En general se ha hecho poca investigación acerca de los golpeadores mismos. Esto se debe en parte al lento cambio de actitud y aceptación de que el abuso conyugal es un delito y debe ser tratado como tal. Debido a lo anterior no existían muestras de estudio apropiadas. Actualmente, gracias a que los maltratadores de esposas

son arrestados con más frecuencia y en determinados países mandados por ley a someterse a programas de tratamiento, comienza a existir una adecuada muestra de población de hombres abusadores. Pero esto ocurre desde hace aproximadamente una década, cuando el sistema de justicia criminal de estos países ha empezado a jugar un rol más activo en la persecución del abuso conyugal.

Concomitantemente, los investigadores empezaron a estudiar, de forma sistemática y extensiva, a la población maltratada y las variables situacionales asociadas con el abuso conyugal. Todavía hoy conocemos demasiado poco acerca de los agresores como para determinar qué programas de tratamiento son más efectivos para ayudarles a desistir de sus conductas violentas. Algunos de estos estudios se han comentado en el apartado de las hipótesis explicativas acerca de los malos tratos, concretamente al tratar de las teorías relacionadas con los factores de personalidad.

Una consecuencia de lo expuesto en cuanto a las variables de personalidad, es que los hombres con tendencia al abuso conyugal pueden catalogarse como con altos valores de depresión, disforia, tendencia a la cólera y a exhibir un alto grado de histrionicidad. Tienden, con frecuencia, a tener distorsionadas percepciones de la realidad que le hacen bordear reacciones esquizoides/psicóticas en acontecimientos vitales.

Roberts (1987) describe así el perfil característico de los hombres denunciados por malos tratos conyugales en su muestra procedente de una población de U.S.A.: tienden a ser jóvenes, generalmente entre los 18 y los 34 años, el 54% eran blancos mientras el 44% negros; un 47% desempleados, aproximadamente el 60% estaban bajo la influencia de algún tóxico durante el asalto a sus esposas y casi un 40% tenía alguna forma de antecedente criminal.

Estudios similares se han destinado a desarrollar un perfil de hombre físicamente abusivo (Coates, Leong y Lindsey, 1987; Geffner,

1987; Gondolf, 1987; Hasting y Hamberger, 1988; Hotaling y Sugarman, 1986; Saunders, 1988). Hotaling y Sugarman (1986), por ejemplo, identificaron los siguientes ocho marcadores característicos relacionados con conductas abusivas: agresiones sexuales hacia la mujer o compañera, violencia hacia los hijos, haber presenciado violencia de niño o adolescente, sin estado ocupacional, consumo de alcohol, ingresos insuficientes, falta de autoafirmación y de hacerse valer, bajo nivel educacional.

Gondolf (1987) identifica un grupo de peligrosos agresores sociópatas o antisociales frente a otros que rebosan disculpas y arrepentimiento después del incidente abusivo. Usando el MMPI, Coates et al (1987) sugiere la posibilidad de trastornos de carácter en estos sujetos. Hasting y Hamberger (1988) identifican tres factores de personalidad relevantes: asocial/bordeline, narcisista/antisocial y dependiente/compulsivo. Estos autores refieren también altos niveles de psicopatología.

Con cierta frecuencia, la conducta violenta parece estar relacionada primariamente con una identificación temprana con un padre abusivo como modelo de rol masculino; en estos hombres el núcleo de su identidad incluye la idea de que la violencia es una parte de la masculinidad.

Saunders (1987) sugiere tres posibles tipos de hombres que abusan de sus mujeres: un hombre generalmente violento, que probablemente será un agresor grave, abusa del alcohol, tiene actitudes de rol sexual tradicionales e historia de haber sufrido abusos de niño; un segundo tipo de agresor orientado hacia la familia, que parece reprimir sus sentimientos y abusa del alcohol ocasionalmente; y una tercera persona volátil emocionalmente que exhibe un alto nivel de cólera ante su pareja.

Los intentos para desarrollar tipologías de hombres abusadores representan un paso importante en aras a diferenciar tratamientos,

pero ello sólo tiene algún valor si se acompaña de una cuidada historia individualizada.

## **5.2. Perfil de la mujer maltratada.**

Se ha dicho que las mujeres maltratadas pueden vincularse a sus abusadores como una estrategia de supervivencia. Esta modalidad del llamado Síndrome de Estocolmo podría ayudar a explicar por qué las mujeres maltratadas tienen tanta dificultad para separarse emocionalmente de sus abusadores, por qué vuelven a ellos si los dejan y por qué suelen desarrollar características de personalidad borderline. “Unirse a los torturadores de uno puede ser una respuesta universal a la violencia si no se puede escapar de ella”.

El Síndrome de Estocolmo se identificó en 1973, después de que cuatro personas permanecieran cautivas en el sótano de un banco de Estocolmo durante 6 días llegando a tomar cariño a los ladrones. Los secuestrados llegaron a percibir a la policía como “chicos malos” y a los capturadores como “chicos buenos” y desarrollaron una unión entre capturadores y cautivos. Ello ayudaba a los secuestrados a vivir su penosa experiencia, “la policía haría algo malo si interrumpía esta estrategia de supervivencia”.

A menudo, como trabajadores de salud mental, nos sentimos frustrados cuando las mujeres rechazan dejar una relación violenta, o bien la dejan y vuelven. El Síndrome de Estocolmo ayuda a entender y respetar el carácter de supervivencia de los vínculos de la mujer.

Para desarrollar este síndrome deben darse cuatro condiciones: el abusador atiende la supervivencia de la mujer, ella no puede escapar o al menos piensa que no puede, la mujer está aislada de los demás, y el abusador muestra alguna amabilidad. Según Dee Graham (psicólogo), si existen estas condiciones, una mujer mal-

tratada puede unirse a su agresor. "Si ella no se une, el la matará o bien ella intentará escapar y el también la matará" dice Graham.

En estas situaciones la mujer necesita protección y asistencia, pero la única persona que puede dárselos es la misma persona que está traumatizándola. "Si el traumatizador muestra una pequeña brizna de amabilidad, ella rechazará el terror y se unirá al lado positivo del abusador".

La mujer maltratada llega entonces a hacerse "hipervigilante" de las necesidades de su capturador, negando las suyas propias y percibiéndose a sí misma y al mundo a través de los ojos de él. Si el hombre dice que abusa de ella porque es una mujer mala, entonces ella llega a tener la misma opinión acerca de sí misma. Identificándose con él hace particularmente difícil su separación.

Las indicaciones de que una mujer ha desarrollado el Síndrome de Estocolmo incluyen su estado de vínculo y apreciación de los pequeños rasgos de amabilidad. También puede desarrollar síntomas de Trastorno por Estrés Postraumático, incluyendo depresión, baja autoestima, ansiedad y sentimientos de impotencia.

Graham y Rawling describen cuatro efectos psicológicos a largo plazo del Síndrome de Estocolmo. Primero es la rabia desplazada: la mujer golpeada centra su rabia sobre sí misma u otros en lugar de hacerlo sobre su abusador. Otro efecto, el de "escisión", significa que la víctima tiene dificultad para percibir a su abusador como alguien que no es ni del todo bueno ni totalmente malo. La mujer pierde también su sentido de autovaloración creyéndose merecedora de ser abusada o de que no sería maltratada si ella fuera mejor esposa. Y, finalmente, la dinámica de arrastre lleva a la mujer a un juego desesperado. Se siente impulsada tanto a echar al hombre fuera de su vida porque él atenta contra su supervivencia, cuanto a unirse a él porque es su defensa.

Estos efectos, a largo término, se incluyen entre las características del Trastorno Borderline de Personalidad, además de otras características tales como disociación y despersonalización.

Las conclusiones de Graham y Rawling (psicólogos de la Universidad de Cincinnati) se basan en estudios de investigación de cautivos que se unieron a sus cautivadores. Encontraron documentación sobre 9 grupos de casos: mujeres maltratadas, rehenes, víctimas de incesto, niños maltratados, víctimas de campo de concentración, miembros de sectas, prostitutas con chulos, prisioneros de guerra y civiles chinos aprisionados durante el régimen de Mao-Tse-Tung.

También Timothy Cermak, psiquiatra pionero en iniciar el tratamiento de hijos de alcohólicos como co-dependientes, escribe que los codependientes minimizan la cantidad de violencia en sus relaciones (1.986). Ellos no se consideran a sí mismos víctimas de abuso físico o sexual excepto en los casos más extremos, e incluso entonces con frecuencia se sienten culpables. Muchos co-dependientes parecen creer que ellos “causan” el abuso, o “merecen” ser tratados de esa manera. Consecuentemente, el cónyuge co-dependiente permanece en la relación a pesar de los repetidos episodios de maltrato y no identifica ni refiere el abuso físico y sexual.

Por otro lado, algunas de las cogniciones de una mujer, previas al comienzo del abuso conyugal, pueden contribuir a que aumente su vulnerabilidad una vez que ocurre la violencia. Las creencias de una mujer maltratada pueden contribuir a su incapacidad para protegerse a sí misma y ayudan a explicar por qué puede elegir continuar con una relación abusiva. Por ejemplo, actitudes tradicionales rígidas respecto al rol sexual o actitudes que condonan la violencia hacia las mujeres pueden contribuir a una menor capacidad para responder efectivamente a la violencia y aumentar el riesgo de mayores efectos negativos debidos al abuso. Es por ello que a menudo intentar modificar esas cogniciones resulta prioritario en el tratamiento.



Douglas y Strom señalan principalmente tres tipos de actitudes negativas: las actitudes tradicionales de rol sexual, aquellas que condonan la violencia contra las mujeres y las que conllevan baja autoestima.

En relación a las actitudes tradicionales de rol sexual en las mujeres maltratadas, hay dos hipótesis. La primera se refiere a que las mujeres maltratadas mantienen actitudes y creencias sexistas o tradicionalmente femeninas en mayor proporción que la población general de mujeres. Contrariamente a esta hipótesis, algunos datos sugieren que las mujeres maltratadas, como grupo, no difieren en sus características de la población normal (Douglas, 1984; Walker, 1984). Sin embargo, algunos ejemplos de actitudes tradicionales de rol sexual de una mujer maltratada son: “mi primera obligación es cuidar de mi marido aún a costa de mí misma, mis propias necesidades son secundarias”, o, “mi marido tiene derecho a tomar decisiones por mí, incluyendo las de si yo trabajo, cómo gasto mi tiempo libre, o cuándo tenemos relaciones sexuales”.

Estas actitudes hacen más vulnerable a una mujer a sufrir el síndrome de mujer maltratada (Walker, 1984) y quedar atrapada en una relación abusiva, aunque no deben minimizarse otras razones que pueden contribuir a que permanezca con su pareja, por ejemplo el miedo a represalias y las necesidades económicas. Hay, pues, que atender ambas cuestiones: las obligaciones internas (falta de capacidad personal o creer que ciertas conductas son inaceptables) y las externas (amenaza del marido o limitaciones económicas).

La segunda hipótesis es que las actitudes de las mujeres maltratadas son más liberales que las de sus agresores, de forma que se crea un conflicto de pareja (Rosebaum y O’Leary, 1981). Si esta hipótesis es cierta, la cuestión central no es el cambio de actitudes del rol sexual, sino examinar el proceso de selección de pareja.

Al plantear la reestructuración de las cogniciones del rol sexual, los objetivos iniciales de intervención con la mujer maltratada consisten en ayudar a que reconozca el condicionamiento que su sistema de creencias puede tener sobre sus opciones de conducta, y validar mayor flexibilidad en estas opciones (Bem, 1977; Kaplan, 1979).

Una meta importante para la mujer maltratada es reconocer el deseo y la responsabilidad de autonomía y de cuidado de sí misma. Desafiar los condicionamientos del rol sexual permite a la mujer maltratada centrar sus esfuerzos sobre su propio bienestar, en vez de hacerlo básicamente sobre el de su compañero abusador.

Hare-Mustin y Mareck (1986) señalan la dificultad para una mujer maltratada de cumplir su objetivo de autonomía en la terapia si no hay un cambio social concomitante. Por desgracia la mayoría de las mujeres maltratadas no pueden esperar a los cambios sociales.

En relación a las actitudes que condonan la violencia, como grupo, las mujeres maltratadas no parecen condonar la violencia hacia las mujeres más que las no maltratadas (Lader, 1984). De todas formas, la experiencia clínica sugiere que algunas mujeres maltratadas justifican la violencia de su compañero hacia ellas. Actitudes que llevan implícita la tolerancia a la violencia son por ejemplo: "yo estaba actuando mal, de manera que él tenía derecho a golpearme", o "su padre era exactamente igual que él". Ante esta posición, la intervención terapéutica exigirá estimular a la mujer maltratada a cambiar sus propias creencias, que pueden haber sido desarrolladas como resultado de su exposición a relaciones abusivas previas, bien en la familia o en relaciones adultas posteriores. Que las leyes definan la violencia doméstica como delito criminal puede apoyar también a que la mujer maltratada llegue a creer que tiene derecho a no ser maltratada.

Una intervención efectiva con mujeres maltratadas, así como con otras formas de violencia familiar, requiere la adscripción a normas de no violencia entre los miembros de la familia.

Por último, las experiencias de baja autoestima de la mujer, por ejemplo abuso físico y sexual en la infancia, parecen contribuir a aumentar la vulnerabilidad de la mujer al maltrato (Browne y Finkelhor, 1986; Walker, 1984). Creencias negativas acerca del propio self son expresadas por la mujer como sentimientos de incapacidad, de ser indefensa, inadecuada, incompetente y con una limitada habilidad para saber qué debe hacer (Wolfe, 1985). Estas ideas probablemente hagan a la mujer maltratada menos capaz para protegerse de forma efectiva de su pareja abusadora.

En resumen, la baja autoestima puede ser considerada como un factor que aumenta la vulnerabilidad a la hora de responder a la violencia y también como un efecto directo de la violencia misma.

Algunas mujeres maltratadas se culpan a ellas mismas de la violencia sufrida; afirmaciones como “yo hice algo malo que provocó que esto ocurriera” son ejemplos de atribuciones internas típicas. Según algunos autores (Abramson, Garber y Seligman, 1980) estas atribuciones internas para sucesos negativos implican también una disminución de autoestima. Es decir, las mujeres que se culpan a sí mismas de la violencia tienen más riesgo de socavar su propia autoestima; y al revés, tienen más tendencia a culparse de la violencia en el futuro debido a su baja autoestima. En este caso, el tratamiento debería incluir la consecución de unas cogniciones más apropiadas que atribuyeran la responsabilidad de la violencia actual al agresor mismo y reemplazar las cogniciones de auto-culpación por otras de auto-aceptación.

Desde la perspectiva conductual cognitiva, muchas de las conductas de maltrato ocurren en el contexto de una discusión entre los cónyuges etiquetada como “violencia expresiva” por Neidig y Friedman (1984). Desde este enfoque, la consecuencia de un suceso es el resultado de las cogniciones de uno acerca del mismo, no del suceso mismo. La cólera del agresor y la conducta violenta pueden deberse en parte a alguna conducta particular exhibida por la

mujer maltratada, pero la conducta del agresor está relacionada funcionalmente con los efectos y cogniciones acerca de sus acciones, no con sus acciones en sí.

El cónyuge abusador causa su propia conducta violenta por sus cogniciones acerca de los sucesos, y expresa su cólera a través de la violencia mejor que con otros medios no violentos. Trabajar con la mujer maltratada para ayudarla a entender que ella no es responsable ni de la cólera ni de la violencia hacia ella es fundamental.

Además, a menudo la mujer maltratada enfoca su situación como un ejemplo de impotencia personal (Abramson et al, 1.980) donde ella sola no puede resolver sus problemas, mientras otras mujeres sí que podrían. Un sistema de creencias congruente con un análisis feminista enfatiza una perspectiva universal (Abramson et al, 1.980) en la cual ni la mujer maltratada ni otra mujer puede controlar la violencia del maltratador.

## **6. Consecuencias psicológicas de los malos tratos.**

Ante una experiencia de malos tratos conyugales, la mujer que demanda ayuda siente primero vergüenza, culpabilidad y aún más, miedo de incredulidad en el oyente y de represalias del abusador. Segundo, si una mujer admite su victimización por abuso conyugal, comprende que esto la llevará a actuar, pero no sabe a qué acción o cómo proceder. A menudo, sin un trabajo asalariado y con niños dependientes, se siente indefensa económicamente, y de hecho ésta puede ser su realidad.

Según Rawlings, psicólogo terapeuta, a menudo las mujeres que demandan consulta no se quejan de su abuso en las relaciones, sino que

presentan un variado conjunto de síntomas incluyendo depresión, disociación, impulsos autodestructivos y dificultad para las relaciones.

Un componente esencial de la indefensión aprendida es la percepción de que no se puede hacer nada para prevenir que ocurra un suceso negativo en el futuro (Abramson et al, 1978; Seligman, 1975). Esto, en el caso de la mujer maltratada, se traduce en la percepción de incontrolabilidad o la creencia de que no hay nada que pueda hacer para controlar su seguridad.

Respecto a las cogniciones negativas que resultan de la violencia, se incluyen las subyacentes al concepto del Síndrome de la Mujer Maltratada (Douglas, 1968; Walker, 1984): baja auto-estima, ansiedad, cólera, depresión, paranoia.

Es importante comprender que estos efectos psicológicos negativos a menudo resultan de la victimización por la violencia, y no se deben atribuir automáticamente a condiciones preexistentes. Por supuesto, algunos indicadores psicopatológicos pueden preceder a la victimización de la mujer maltratada. De todas formas, es muy difícil atribuir justificadamente estos efectos a condiciones que precedieran a la violencia sin evidencia convincente para apoyar estas conclusiones.

Como con los supervivientes veteranos de Vietnam y de los campos de concentración, quienes se muestran incapaces de dejar que aquellas experiencias formen parte de su pasado y parece como si continuaran viviéndolas en el presente, las víctimas del abuso doméstico relatan la misma impotencia aplastante y el bloqueo psicológico para satisfacer su vida de aquí y ahora.

Los repetidos informes acerca de los efectos persistentes y disminuyentes del abuso, tal como fué entendido por Carmen y Miller en su investigación, mostraron la alta proporción (50%) de antecedentes de abuso en las historias clínicas de pacientes psiquiátricos adultos.

Existe cierto acuerdo acerca de que las consecuencias psicológicas de los malos tratos conyugales son las propias del llamado Trastorno de Estrés Postraumático (F 43.1 de la C.I.E - 10): "Se trata de un trastorno que surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causarían por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo (por ejemplo, catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, de una violación o de otro crimen). Ciertos rasgos de personalidad (por ejemplo, compulsivos o asténicos) o antecedentes de enfermedad neurótica, si están presentes, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición del mismo.

Las características típicas del trastorno de estrés postraumático son: episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reviviscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de "entumecimiento" y embotamiento emocional, de desapego de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse, e incluso evitarse, las situaciones que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a él o ambos a la vez.

Por lo general, hay un estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, un incremento de la reacción de sobresalto e insomnio. Los síntomas se acompañan de ansiedad y de depresión y no son raras las ideas suicidas. El consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante.

El comienzo sigue al trauma con un periodo de latencia cuya duración varía desde unas pocas semanas hasta meses (pero rara vez supera los seis meses). El curso es fluctuante, pero se puede esperar la recuperación en la mayoría de los casos. En una pequeña proporción de los enfermos, el trastorno puede tener durante muchos años un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica (F 62.0)”.

Según la CIE-10, “la transformación persistente de la personalidad puede aparecer tras la experiencia de una situación estresante catastrófica. El estrés debe ser tan extremo como para que no se requiera tener en cuenta la vulnerabilidad personal para explicar el profundo efecto sobre la personalidad. Son ejemplos típicos: experiencias en campos de concentración , torturas, desastres y exposición prolongada a situaciones amenazantes para la vida (por ejemplo, secuestro, cautiverio prolongado con la posibilidad inminente de ser asesinado). Puede preceder a este tipo de transformación de la personalidad un trastorno de estrés postraumático. Estos casos pueden ser considerados como estados crónicos o como secuelas irreversibles de aquel trastorno. No obstante, en otros casos, una alteración persistente de la personalidad que reúne las características que a continuación se mencionan, puede aparecer sin que haya una fase intermedia de un trastorno de estrés postraumático manifiesto....El diagnóstico esencialmente se basa en la presencia de rasgos previamente ausentes como, por ejemplo:

- a) Actitud permanente de desconfianza u hostilidad hacia el mundo.
- b) Aislamiento social.
- c) Sentimientos de vacío o desesperanza.
- d) Sentimiento permanente de “estar al límite”, como si se estuviera constantemente amenazado.
- e) Vivencia de extrañeza de sí mismo...

La aplicabilidad del diagnóstico de Síndrome por Estrés Postraumático se ha ido extendiendo gradualmente desde su intro-

ducción. Por ejemplo, Wilson (1985) compara ocho “grupos de supervivientes” diferentes: veteranos de Vietnam, víctimas de violación, malos tratos y abuso infantil, víctimas de amenazas serias de muerte, personas divorciadas, enfermedades graves fatales de un ser querido, trauma familiar (incluyendo los efectos del alcoholismo), muerte de una figura significativa y víctimas de traumas múltiples. Todos estos grupos refieren un significativo mayor grado de rabia y cólera que el grupo control. Es interesante destacar que el grupo de traumas familiares, que incluía alcoholismo familiar, refería más cólera que otros grupos, aunque los veteranos de Vietnam eran, con diferencia, los más furiosos.

No en balde, Keane (1985) señala que la cólera y el abuso de drogas pueden ser conceptualizados como “patrones de conducta que son funcionalmente reforzados por su capacidad para reducir sentimiento aversivos”.

A pesar de que el problema del abuso conyugal ha sido ampliamente documentado en la literatura de los servicios sociales, existe menos información acerca del impacto del abuso conyugal sobre los niños. Las investigaciones realizadas sugieren que los niños que presencian el abuso conyugal tienen a su vez más riesgo de: 1) ser sometidos a abusos por los padres y/o 2) desarrollar problemas de conducta.

Biller y Salomon observan que “a menudo el abuso infantil ocurre simultáneamente en familias donde hay abuso conyugal” (1986). Hay también indicios de que aproximadamente el 20% de las familias implicadas en el abuso físico infantil están involucradas en violencia conyugal (Mayhall y Norgard, 1983). Se sugiere también que existe una alta correlación entre abuso conyugal y abuso infantil en una encuesta sobre violencia familiar de carácter nacional realizada en Estados Unidos en 1980 (Straus et al., 1980). Este estudio puso en evidencia que “los hombres que abusan de sus esposas tienen mucha más probabilidad de abusar de sus hijos y viceversa”.



Los patrones típicos de abuso doméstico sugieren que el hombre golpeador puede abusar tanto de su mujer como de sus hijos. A menudo también la mujer golpeada puede, en su propia frustración, abusar de sus hijos (Son-Kin, Del Martin y Walker, 1985).

Estudiando los actos violentos (en contraposición al abuso), Straus et al (1980) encontró que “el 68% de las madres y el 58% de los padres registraban al menos un intercambio violento con su hijo y que los hijos tienen más probabilidad de ser víctimas que las hijas”. Gayford refería que el 54% de los maridos abusadores y el 37% de las esposas abusadas en su muestra también abusaban de sus hijos (Gayford, 1975). Igualmente, Roy encontró que al menos uno de los niños de las familias estudiadas estaba sufriendo abuso en el 45% de su muestra de parejas maritalmente violentas (Roy, 1977).

La probabilidad de que los niños que presenciaron violencia conyugal tengan problemas en su vida adulta puede depender tanto del grado de la violencia como de la adaptación de la madre a la violencia (Hughes y Barad, 1983). Se acepta también que el impacto de la violencia conyugal sobre los hijos puede estar referido al género. Las chicas que conviven con violencia conyugal se caracterizan por ser pasivas e introvertidas, mientras los chicos se caracterizan por ser agresivos y destructivos (Hughes y Barad, 1983).

En una investigación con hijos de mujeres maltratadas, que incluía aquellos que son tanto testigos como víctimas, se mostraba que estos niños tenían mayores dificultades psicológicas que el grupo control.

Concretamente, las reacciones del niño al conflicto parental pueden ser conceptualizadas como un proceso con tres componentes: a) el conflicto, como acontecimiento aversivo, crea distrés en el niño, b) el niño reacciona emocional o instrumentalmente en un intento para aliviar el distrés, y c) las acciones del niño que consiguen reducir el conflicto tienden a ser mantenidas ya que cumplen su función de

servir al niño y a la familia en conjunto. Se ha especulado sobre qué expresiones de cólera entre los adultos son estresantes para los niños que las presencian, y se ha comprobado que incluso niños de 12 meses de edad han respondido a episodios de cólera, no dirigidos a ellos, con signos de distrés que varían desde el llanto al aumento de agresividad.

Entre los problemas psicológicos identificados en los informes clínicos de niños que presenciaron violencia conyugal se han citado: enuresis, terrores nocturnos, depresión y trastornos de conducta agresiva (Hilberman y Munson, 1977; Levine, 1975). De todas formas sobre esta cuestión no hay nada claro y los artículos suelen ser contradictorios en las cifras que manejan.

La mayoría de estas investigaciones no tienen en cuenta la edad en que los niños presenciaron la violencia; la mayor parte de ellos agrupan todas las edades. No obstante, en aquellos casos que distinguieron por edades, se observa que los niños pre-escolares (3 a 6 años) son particularmente vulnerables al impacto de la violencia interparental y a vivir fuera del hogar.

Recientes estudios en el área del divorcio y sus efectos sobre los hijos sugieren que los conflictos entre los padres son el único determinante poderoso de la inadaptación que sigue a la separación de los padres (Emery, 1982). Ningún conflicto parece ser más traumático para los niños que presenciar la violencia física entre un padre y una madre.

Según algunas investigaciones, los niños expuestos a la violencia entre sus padres muestran significativamente más problemas de conducta (Porter y O'Leary, 1980). De todas formas, estos hallazgos difieren según se trate de niños o niñas; los chicos tienden a exhibir más agresividad y externalizar más los síntomas mientras que las chicas se muestran más depresivas y ansiosas o internalizan los síntomas (Hughes y Barad, 1983; Rosenbaum y O'Leary, 1981).

Un estudio realizado por Jaffe et al (1985) centrado en la capacidad de adaptación de los niños que presencian la violencia familiar y en la investigación de otros factores que pueden influir en esta adaptación, encontró que los chicos de familias violentas referían más problemas de conducta, significativamente, que las chicas, y diferían también de una muestra de chicos procedentes de hogares no violentos. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos de divorcio y conflicto familiar (Emery, 1982; Porter y O'Leary, 1980; Rosenbaum y O'Leary, 1981). De todas formas, los resultados revelan que la conducta agresiva y la competencia social son los mejores discriminantes entre chicos procedentes de hogares violentos y no violentos.

Aunque hay muchas explicaciones teóricas viables, una de las más aceptadas empíricamente que trata de explicar los acontecimientos familiares y la agresividad posterior ha sido expuesta por Eron (1982). A través de un análisis longitudinal, este investigador encontró una relación causal entre ver violencia televisiva y conducta antisocial. Esta relación era especialmente manifiesta para chicos entre 7 y 10 años de edad. Ello llevaría a suponer que los chicos son especialmente vulnerables a los problemas antisociales cuando, en casa, son expuestos a una figura paterna violenta durante estas edades.

Lo anterior confirma las observaciones de otros autores acerca de que las chicas parecen ser menos vulnerables a una serie de estresantes psicológicos, incluyendo los conflictos parentales (Rutter, 1971, 1979). Sin embargo, uno no puede negar que existen posteriores problemas de adaptación en las niñas durante su adolescencia e inicio de la etapa adulta. En las chicas suelen estar presentes síntomas más sutiles que llevan a posterior victimización, por ejemplo tendencia a condonar la violencia y a sentir que las esposas merecen ser agredidas en algunas circunstancias.

El trabajo de Jaffe señala también que los problemas de conducta infantiles están claramente relacionados con el grado de adaptación

materna y la cantidad de agresión física presente en el hogar. Se concibe que el funcionamiento materno es un importante moderador de la adaptación del niño a la violencia familiar. Esta interpretación apoya los intentos de proporcionar servicios de asesoramiento y apoyo a las mujeres en las casas de acogida infantiles.

También Fantuzzo et al (1991), más recientemente, han demostrado que cuando los niños son expuestos únicamente a conflictos verbales sólo se les detecta un moderado nivel de problemas de conducta; los conflictos físicos y verbales se asocian con niveles clínicos de trastornos de conducta y un grado moderado de problemas emocionales; y los conflictos verbales y físicos más la residencia en casas de acogida, guarderías o similares se asocian con niveles clínicos de trastornos de conducta, más altos niveles de problemas emocionales y peor funcionamiento social y aceptación materna.

Los hallazgos descritos apoyan el consenso general de que la violencia familiar afecta directa e indirectamente a los niños de muy diversas maneras (Straus et al, 1980; Walker, 1979). La violencia entre los padres constituye un modelo inapropiado de resolución de conflictos. En suma, al niño le afecta la afectividad disminuida de la madre como figura parental y los numerosos factores que resultan de la violencia familiar e inducen cambios negativos en el estatus familiar. Es necesario detener este ciclo, concienciar a la sociedad y poner en marcha programas de prevención en todos los niveles de implicación: 1) programas de tratamiento para niños que muestren síntomas, 2) programas de educación para niños que han sido expuestos a la violencia pero que aún no muestran síntomas (especialmente las chicas), 3) asistencia familiar y programas de intervención en crisis, y 4) programas de educación y toma de conciencia para niños y padres a realizar en la escuela y la comunidad.

## 7. Factores relacionados con los malos tratos conyugales.

Se ha observado que el grado de violencia física entre los cónyuges es inversamente proporcional a los ingresos y la edad de los mismos (Straus et al, 1980), de tal modo que parejas jóvenes con bajos ingresos tienen más probabilidad de tener niños pequeños y referir los niveles más altos de agresión física. Estos hallazgos fueron apoyados por un estudio longitudinal más reciente (O'Leary et al, 1989) que relacionaba los mayores niveles de agresión física con los estadios iniciales de las relaciones de pareja.

Aunque, como ya se ha señalado en párrafos anteriores, algunas teorías hipotetizan que sufrir abuso como niño predice recibir y expresar violencia como adulto, Marshall et al (1988) al igual que Star (1977-78) y Pagelow (1981) previamente, encontraron que las mujeres de sus muestras referían más violencia observada y recibida en las familias de sus esposos que en las suyas propias. Incluso, aunque las mujeres abusadas procedieran de familias maltratadoras, las familias de los abusadores masculinos eran más violentas.

Del estudio realizado por Marshall et al con una muestra de universitarios norteamericanos no graduados se obtuvo que el 75% había expresado violencia y un 64% la había recibido en las relaciones adultas, pero sólo el 15% había sido identificada públicamente de alguna manera. Se concluyó que ser víctima de la violencia como niño predice recibir ( $R=23$ ,  $p<0,001$ ) y expresar ( $R=15$ ,  $p>0,1$ ) violencia como adulto. La Regresión Múltiple confirmaba que el abuso parental de un niño predice violencia en sus relaciones adultas con mayor probabilidad para los hombres que para las mujeres.

Cantrell y col. (1.990) partieron para su trabajo de la hipótesis de que las condiciones económicas dependientes del estatus profesional de los padres sería un factor significativo para predecir el uso

de la violencia en la resolución de conflictos familiares. Su hipótesis fue confirmada: en las familias donde el padre no tenía trabajo era mayor la frecuencia de interacciones violentas. Concretamente, utilizaron un cuestionario derivado de un inventario demográfico y la CTS de Straus, encontrando que el 34% de los desempleados sometían a malos tratos a los hijos frente a un 19% en el caso de los empleados. Igualmente, halló que el uso de tácticas violentas en los conflictos entre padres e hijos era más frecuente en familias donde también había antecedentes de violencia entre los abuelos maternos. Otros factores significativos se referían al sexo de los hijos que sufrían el abuso de los padres: un 32% eran chicos y sólo el 14% eran chicas. Asimismo, el abuso a los padres por los hijos variaba también según el sexo de éstos últimos: 24% eran chicos y sólo el 5% chicas. Finalmente, más chicos que chicas referían abuso físico entre los padres.

Se confirmaban así estudios previos que correlacionaban factores económicos como el desempleo con la violencia familiar, como el de Voydanoff (1984,) quien observó que la pérdida de ingresos estaba asociada con distrés psicofisiológico y disputas familiares y maritales.

Straus et al (1980) refirieron una mayor incidencia de violencia en familias sin preferencia religiosa y también en familias grandes y en ciudades grandes, en contraposición a las pequeñas familias en áreas rurales.

Goolkasian (1986) refiere que la violencia doméstica ocurre dentro de todos los grupos sociales, económicos, étnicos y religiosos. Hofeller (1952), en una temprana y extensa revisión de factores sociales, psicológicos y situacionales del abuso conyugal, concluía que no era posible especificar alguna variable de predisposición común a todos los maltratantes.

Es interesante estudiar el papel que juegan determinadas instituciones en las que los hombres aprenden la violencia, tales como las

militares, deportivas, hermandades de hombres, y otros rituales de lazos masculinos. Sanday ha estudiado cómo estas prácticas de fraternidad y ritos relacionados con la lealtad a la hermandad masculina, de alguna manera legitiman la violencia contra las mujeres.

En un estudio experimental realizado por Goldsmith con 20 casos de abuso conyugal, se encontró que al menos en el 75% de la muestra se confirmó la presencia de varios factores de riesgo bien conocidos y documentados, relacionados con el abusador y la relación abusiva. Entre los factores tenidos en cuenta destacan la situación de desigualdad (en el sentido de que el nivel socioeconómico de la familia de la mujer era significativamente más alto que el nivel socioeconómico de la familia del maltratador), que aparecía en un 35%, y los antecedentes biográficos de violencia familiar en el abusador (en un 40%) y en la esposa (en un 55%).

Benedek enumera las características de las familias maltratantes e identifica el paro, la penuria económica, insatisfacción laboral y hacinamiento como factores potenciales que pueden contribuir a la violencia doméstica. Bell cita la pobreza como precipitante, especialmente entre la población negra. Lewis en un estudio de seguimiento con delincuentes juveniles identificó cinco factores presentes entre aquellos hombres que llegan a cometer asesinato: 1) daño cerebral, 2) historia de violencia grave cuando niños, 3) síntomas psicóticos no esquizofrénicos de forma intermitente, 4) ser testigos o víctimas de abuso infantil, 5) tener un pariente con síntomas psicóticos o una historia de tratamiento psiquiátrico. Bell apoya la teoría de Lewis por creer que el daño cerebral tiene más probabilidad de ocurrir entre los pobres.

Aunque el abuso del alcohol ha sido mencionado repetidas veces, Bell cita datos que muestran que el uso del alcohol provoca la caída de los niveles de serotonina, lo cual conlleva un aumento de la impulsividad y, por tanto, constituye un fuerte precipitante de la violencia. Por otro lado, en una encuesta realizada en 1987, se recogía

que una de cada cuatro familias americanas refería algún problema relacionado con el alcohol en su familia próxima. El alcohol estaba implicado en el 40% de los casos de juicio familiar, en un 25 a 50% de los casos de violencia conyugal y en más del 33% de los casos de daño a niños.

La presencia de pistolas en muchos hogares, como es el caso de la sociedad norteamericana, aumenta también la probabilidad de su uso en la violencia doméstica.

Entre las poblaciones inmigrantes, a menudo frustradas por la separación de la familia de origen, lengua y cultura, también se ha encontrado cierta predisposición a la violencia doméstica, lo cual se ha puesto en relación con la pobreza o proximidad al standar de pobreza, falta de facilidad de lenguaje, trabajo inestable y hacinamiento.

Potter-Efron (1990) divide las condiciones que frecuentemente se asocian con la violencia en: neurológicas/sistémicas, psiquiátricas y socio/culturales. Se trata de las mismas condiciones que se asocian con el abuso de sustancias.

Entre las condiciones fisiológicas se señala el Trastorno Mental Orgánico, concretamente la lesión traumática cerebral. La agresión humana es generada y controlada en el cerebro mediante una compleja interacción entre el sistema límbico y las funciones corticales superiores. El daño neurológico debido a trauma espontáneo o enfermedad puede afectar drásticamente la capacidad de un individuo para moderar los impulsos agresivos o transformarlos en acciones socialmente aceptables. Los expertos en toxodependencias encuentran con frecuencia entre sus pacientes, antecedentes antiguos o recientes de lesiones cerebrales por accidentes de tráfico, caídas, golpes o intentos suicidas. Estas lesiones pueden causar daño de los lóbulos frontales y estructuras profundas del cerebro, produciendo un Síndrome del Lóbulo Frontal, uno de cuyos síntomas es la incapacidad para controlar la cólera. Silver (1987) escribe



que el 70% de los pacientes con lesión cerebral orgánica tiene periodos conocidos de agresión e irritabilidad significativas. Estas explosiones de rabia pueden ser la única secuela de las lesiones y pueden ocurrir incluso meses después del accidente (Elliot, 1977).

Por otra parte, la intoxicación etílica patológica es frecuente en personas con lesiones cerebrales (Elliot, 1977). Incluso un bebedor poco importante puede estallar con una crisis de agresividad patológica que aparece de forma repentina y, además, tarda en pasar. Estos pacientes suelen sorprenderse porque antes de la lesión cerebral ellos eran capaces de consumir mucha más cantidad de alcohol sin consecuencias negativas. Es útil explicarles, en compañía de sus familias, que ahora una simple cerveza puede tener el efecto de seis o más y que los efectos por consumir una simple copa no son predecibles. En resumen, los sujetos con traumatismo craneal deberían evitar el consumo de alcohol y barbitúricos en particular, dado que estos tóxicos están ligados frecuentemente a la agresión (Elliot, 1977).

Otro de los condicionantes fisiológicos es el Trastorno Explosivo Intermitente y la Epilepsia. Los individuos con un diagnóstico de Trastorno Explosivo Intermitente experimentan episodios ego-distónicos o destructivos en los cuáles llegan a ser violentos con poca o ninguna provocación. Normalmente se trata de sucesos discretos y el perpetrador no muestra signos de agresión generalizada entre los episodios (Reid y Balis, 1987) tras los cuáles, estos sujetos pueden quedar como pasmados o profundamente arrepentidos. La crisis de violencia con frecuencia es mínimamente provocada, pobremente dirigida, llevada a cabo en un estado de obnubilación de la conciencia y seguida de amnesia parcial (Conn y Lion, 1984). Estas reacciones de cólera han sido relacionadas con mecanismos epilépticos dentro del sistema límbico.

Una cuestión primordial en estos pacientes es la de determinar en qué medida ellos retienen el control sobre sus acciones. Los

Boltons (1987) observan que “en la mayoría de los casos de violencia familiar, la descripción de los abusadores de estar fuera de control (como resultado de una fuerza misteriosa) no es sino un intento de eludir responsabilidades”, pero reconocen que los pacientes con Trastorno Explosivo Intermitente pueden ser completamente honestos con esta explicación.

En cuanto a la Epilepsia del Lóbulo Temporal, hoy día se presta atención sobre todo a la ocasional violencia “intecrisis” caracterizada por irritabilidad y cólera, cambios de humor, sobrerreacción a provocaciones específicas, y ausencia de amnesia acerca del incidente (Blumer, 1976). Tardiff (1987) revisando investigaciones sobre epilepsia, encuentra que otros factores tales como estatus socioeconómico, sexo, edad y problemas en el desarrollo infantil pueden ser más importantes que la presencia o ausencia de epilepsia en relación a la violencia familiar.

Por tanto, cuando se trabaja con pacientes violentos sospechosos de padecer un Trastorno Explosivo Intermitente o Epilepsia debe existir coordinación con personal médico apropiado que pueda considerar la medicación pertinente.

Otro caso de condicionante fisiológico que puede estar relacionado con los casos de violencia doméstica es el Trastorno por Déficit de Atención (Residual), usualmente asociado a niños y adolescentes. Sin embargo, algunos adultos presentan un patrón de conducta similar incluyendo: inquietud, labilidad emocional, “genio caliente” e impulsividad (Wender, 1985). En 1981 Wender encuentra que los alcohólicos presentan mayor frecuencia de síntomas y signos de hiperactividad infantil. Y también observa que los padres de niños hiperactivos tienen una prevalencia más alta de alcoholismo, sociopatía e histeria. Concluye que algunas formas de alcoholismo y personalidad antisocial pueden estar emparentadas genéticamente con el Trastorno por Déficit de Atención.

Por último, el Síndrome de Tensión Premenstrual también ha sido puesto en relación con un mayor consumo de alcohol y otras sustancias en las mujeres.

En cuanto al diagnóstico psiquiátrico, muchas condiciones psiquiátricas se asocian tanto a la agresión como a la cólera crónica y al abuso de sustancias. Entre las aquí consideradas se incluyen los trastornos de personalidad *bordeline*, paranoide y antisocial, el trastorno depresivo mayor y bipolar, la esquizofrenia y el trastorno por estrés postraumático.

El DSM III-R (1987) define los trastornos de personalidad como constelaciones de rasgos disfuncionales, inflexibles y rígidos que causan perjuicio funcional o distrés subjetivo. Estos patrones se reconocen habitualmente en la adolescencia o en adultos jóvenes y continúan a lo largo de la vida, disminuyendo a veces con la edad. Algunos trastornos de personalidad particulares se asocian más frecuentemente con abuso de sustancias y presencia excesiva de cólera y/o agresión. Concretamente, destacan los trastornos de personalidad *bordeline*, antisocial y paranoide.

Uno de los ocho criterios para el diagnóstico de Trastorno Bordeline de la Personalidad es la presencia de cólera intensa, inapropiada o pérdida de control de la misma, aumentos frecuentes de genio, cólera constante y enfrentamientos físicos repetidos. La personalidad *bordeline* también se caracteriza por un patrón de relaciones inestables intensas, impulsividad en diversas áreas, incluyendo borracheras, labilidad afectiva, gestos y rasgos suicidas repetidos, trastornos de identidad marcados, sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento, y frenéticos esfuerzos para evitar el abandono.

Los sujetos con este tipo de personalidad parecen tener “un pozo sin fondo de cólera”. A menudo se enfurecen con aquellas personas que ellos perciben que pueden abandonarlos o podrían hacerlo en el futuro. Son sujetos que no pueden tolerar la pérdida.

Enfrentados a la posibilidad del fin de una relación, intentan prevenir sentimientos intolerables de soledad a través de la violencia hacia otras personas o contra ellos mismos. El problema empeora porque estas personas se ven abocadas a un proceso primario de escisión en el cual los otros son percibidos como del todo buenos o del todo malos. El amante formalmente idealizado puede llegar a ser rápidamente devaluado a “cosa” digna únicamente de desprecio e incluso aniquilación.

Es frecuente en muchas personas *bordeline* el uso del alcohol y las drogas (se ha encontrado que un 30% de las mujeres alcohólicas cumplen los criterios de personalidad *bordeline* -Vaglum y Vaglum, 1985).

Prodgers (1984) observó que las características de los padres abusadores de niños comparten también una importante similitud con la personalidad *bordeline*. Estas características incluyen detención del desarrollo emocional, pobre autoimagen, aislamiento emocional, soledad depresiva y pobre control de cólera. Realmente, para el individuo *bordeline*, la cólera es el único y principal afecto.

En el caso de los sujetos con Trastorno de Personalidad Antisocial, suele haber una larga historia de problemas de conducta que frecuentemente incluyen el inicio de peleas físicas, actividad sexual forzada, destrucción de la propiedad, irritabilidad y agresividad. Estas conductas suelen desarrollarse antes de iniciar el consumo excesivo de alcohol o drogas, pero luego esto último las recrudece.

Hay algunas conexiones bien documentadas entre trastorno de personalidad antisocial y alcoholismo. Por ejemplo, Lewis (1986) cita siete estudios diferentes que encuentran valores elevados de alcoholismo entre estos trastornos de personalidad además de una “excesiva cólera como parte integrante de la personalidad de alcohólicos y sociópatas” (Lewis, 1986). Schuckit (1984) añade que muchos hombres que cometen actos de violencia tienen primariamente un

trastorno de personalidad antisocial y, secundariamente, alcoholismo. En definitiva, alcoholismo y personalidad antisocial pueden tener un efecto aditivo sobre la conducta violenta.

Otros trastornos de personalidad también se asocian con la violencia, al menos ocasionalmente, aunque sólo las personalidades *borderline* y antisocial incluyen la violencia entre sus criterios diagnósticos. Los individuos con Trastorno Paranoide de la Personalidad tienden a interpretar la conducta de la gente como amenazadora (DSM III-R), creen ser explotados por los otros, guardan rencor por largo tiempo, son fácilmente ofendidos y reaccionan rápidamente con cólera o contraatacan a aquellos por quienes creen ser atacados erróneamente. Los sujetos paranoides continuamente buscan y encuentran evidencias de que otros están conspirando contra ellos, de forma secreta y peligrosa o le son infieles. El paranoide en fase de descompensación tiene especial tendencia a llegar a ser violento (Reid y Balis, 1987). El uso del alcohol u otros tóxicos puede aumentar la fuerte tendencia del paranoide a creer que vive en un mundo amenazante. Por ejemplo, el paranoide intoxicado puede llegar a convencerse de que su esposa quiere abandonarle porque ella mantiene relaciones sexuales con alguien más. En relación a estas ideas celotípicas puede creer totalmente justificada la agresión a su mujer o a él mismo.

Los sujetos con Trastorno Narcisista de la Personalidad tienden a la grandiosidad, pérdida de empatía e hipersensibilidad a la evaluación por los otros (DSMIII-R). Estas personas tienen un inflado pero frágil sentido del valor de sí mismas. Requieren constante refuerzo de su sentimiento de "seres especiales" esperando atención continua y admiración de los otros. Tienen una idea de "tener derecho a..." que hace que esperen recibir irrazonablemente un trato favorable incluso cuando ellos no hacen nada excepcional que lo justifique.

Los sujetos con personalidad narcisista se interesan poco por los demás excepto para recibir elogio. Cuando los otros no responden

con su reconocimiento o cumpliendo las necesidades omnipotentes del narcisista, éste puede responder con rabia y agresión (Svrakic, 1.986). Durante estos accesos de rabia narcisista, los otros son verbal y físicamente agredidos en orden a desvalorarlos y destruirlos. Esta facilidad para la actividad destructiva y sentimientos de crueldad están perfectamente justificados para el narcisista, quien no pone límites a sus deseos de vengar el motivo de agravio que les supone ser abandonados (Russell, 1985). La rabia del narcisista se debe a sus sentimientos básicos de inferioridad (Svrakic, 1986).

Finalmente, el DSM III-R propone un nuevo trastorno de personalidad que puede tener relevancia para nuestros propósitos. Se trata del Trastorno Sádico de Personalidad, caracterizado por un patrón que incluye el uso de crueldad física o violencia con el propósito de establecer el dominio y el control en una relación a través de la intimidación, restringiendo la autonomía de los otros, además de varios criterios más referidos a la agresión.

Considerando el humor como un estado emocional prolongado que colorea la vida psíquica completa del individuo y que incluye tanto la depresión como la euforia, hay dos trastornos del humor que pueden estar relacionados con la violencia conyugal: el Trastorno Bipolar y el Trastorno Depresivo Mayor.

Los individuos diagnosticados de Trastorno Bipolar alternan regularmente entre una fase depresiva, en la que experimentan una marcada disminución del interés por sus actividades usuales, insomnio o hipersomnía, pérdida de energía, sentimientos de desvalorización, y posibles ideas suicidas entre otros síntomas; y una fase maníaca caracterizada por un periodo distinto de humor elevado, expansivo o irritable persistentemente. Durante la fase maníaca los sujetos llegan a ser más enérgicos y hablan más de lo normal, se distraen fácilmente, a menudo desarrollan un sentido de autoestima sobreelevado, y tienen más tendencia a implicarse en actividades agradables que eventualmente les llevan a consecuencias negativas. Conn

y Lion (1984) señalan que la conducta maníaca puede caracterizarse por labilidad, excitabilidad, beligerancia, intrusismo y ataques de agresividad. Incluso aquellas personas con Trastorno Bipolar que parecen completamente felices en su estado de alta excitación pueden volverse rápidamente irritables y discutidoras cuando sus deseos son frustrados.

En cuanto a los individuos con Trastorno Depresivo Mayor, experimentan una disforia general y persistente como se indicó anteriormente, sin que intervengan fases maníacas. La depresión mayor normalmente dura seis meses pero puede durar indefinidamente como episodio único o repetido en la vida de un individuo, siendo más frecuente en mujeres que en hombres.

Muchos estudios han señalado la relación entre síntomas depresivos y alcoholismo. La posibilidad de violencia contra uno mismo o contra los otros por los pacientes deprimidos es a menudo subestimada por los clínicos (Rada, 1981). El aumento de la disforia puede predecir conductas violentas. Potter-Efron (1.990), quien mantiene un grupo en terapia para manejo de la cólera principalmente dirigido a la recuperación de alcohólicos y sujetos toxodependientes, incluye regularmente pacientes con trastornos del humor añadido. Estos sujetos refieren que su cólera y agresividad aumenta cuando consumen tóxicos pero continúa después de la abstinencia. Indican que debido a sus depresiones (a menudo no diagnosticadas) no terminan de encontrar la serenidad a pesar de asistir regularmente a los grupos de autoayuda para toxodependientes. Este fracaso añade culpabilidad a sus vidas, con lo que probablemente aumenten sus tendencias a las explosiones de ira.

Por último, las conexiones entre esquizofrenia, agresividad y abuso de sustancias no están claras. Los esquizofrénicos que abrigan ideas delirantes paranoides suelen ser más peligrosos, pueden presentar síntomas de cólera y, a menudo, son discutidores y violentos, (Daley, 1987). Además, pueden iniciarse en el consumo de sus-

tancias que alteran el humor tanto para alivio de sus síntomas como para conseguir superar sus dificultades para la socialización. Pero el uso de estas sustancias suele exacerbar el pensamiento delusivo y llevarlos con más probabilidad a la violencia.

En cuanto a la etiopatogenia de los malos tratos infantiles, además de las hipótesis etiológicas ya comentadas, algunos han hipotetizado que una razón por la que los niños pueden sufrir abusos sexuales de forma repetida por sus padres, es que la madre confabula sutilmente en el proceso de hacer del niño el objeto sustitutorio de los deseos del padre.

En los casos en los que el riesgo de incidentes letales en la pareja (incluidos los casos de mujeres que matan a sus maridos como autodefensa) era particularmente alto, Browne (1987) encontró que las esposas podían ser identificadas por un cluster de factores; concretamente: frecuencia de los ataques del hombre, gravedad de las lesiones, frecuencia de intoxicación alcohólica o abuso de sustancias psicotrópicas por el hombre, relaciones sexuales forzadas o amenazas de ello por el compañero o marido, amenazas de muerte e ideación suicida de la mujer. Browne cree que, en general, estos factores podrían ser útiles para identificar las relaciones de alto riesgo, para ambos cónyuges en general, y no sólo aquellas en las que la mujer mata en defensa propia. La valoración del riesgo en las relaciones violentas a través de cuestiones apropiadas es importante para prestar adecuada atención al miedo de las mujeres y su percepción del peligro, teniendo presente que intervenciones que no valoran factores de riesgo significativos pueden ser yatrogénicas y aumentar el riesgo existente.

Como se ha comentado ampliamente en líneas anteriores, el aprendizaje social constituye una cuestión crucial a tener en cuenta, tanto para la comprensión de la adicción a sustancias que alteran el humor cuanto en las interacciones familiares violentas. Por ejemplo, el marido que llega a intoxicarse en un bar y después va a casa y



agrede a su mujer o hijos parece entender que: 1) su estado de intoxicación es especial en el sentido de que puede ser violento como parte de ser bebedor; 2) el blanco de su agresión va a ser un miembro de su familia; 3) probablemente podrá atribuir posteriormente su acción al efecto químico del alcohol y eludir su responsabilidad por el daño causado.

Sin embargo se debe tener mucho cuidado de argumentar que el uso del alcohol u otras drogas sea la causa exclusiva de que un individuo agrede. Más bien, el uso de estas sustancias debe situarse en el contexto como una complicación más.

Un aspecto sociocultural se discutirá en relación a lo anterior: las expectativas culturales generales que rodean la drogadicción y la violencia familiar en la sociedad; más específicamente, las conexiones entre estructuras en familias violentas y variables tóxicas. La sociedad occidental parece tener una aproximación decididamente ambivalente hacia el alcohol y el uso de drogas. Podría decirse que su consumo es tenazmente promocionado hasta que los consumidores llegan a hacerse crónicamente dependientes y su conducta se vuelve problemática; en ese momento el consumidor adicto es descalificado socialmente. Esta confusión es particularmente constatable en relación a la agresión asociada al consumo de sustancias que alteran el humor. Aunque tal agresión es deplorada, la sociedad en conjunto se adhiere al modelo de desinhibición por el cual los individuos son excusados de su conducta cuando se intoxica. La responsabilidad de actos normalmente inapropiados se desplaza a las sustancias tóxicas más que a los sujetos. En general, los autores que escriben desde la perspectiva de la violencia familiar (Gelles, 1972; Coleman y Straus, 1979,...) rechazan el uso de la intoxicación como excusa legal de la violencia.

Por otro lado, el terapeuta que trabaja con un paciente toxodependiente, ya sea agresor o víctima de la violencia, debería estar alerta a cómo el individuo y su familia interpretan su conducta. Se deben

tener en cuenta aquellos signos que indiquen que la familia o el consumidor de sustancias explican y excusan la agresión "porque estaba bebido". La conexión entre uso de sustancias y violencia es aprendida precozmente y perpetuada dentro de las familias, grupos familiares y unidades sociales mayores.

La relación entre el consumo de alcohol u otras sustancias y la aparición de la agresión es compleja. Conviene diferenciar cuatro aspectos: 1) el efecto de la droga misma sobre el individuo, 2) las condiciones neurológico-fisiológicas que interactúan con el alcohol y drogas aumentando el riesgo para la violencia, 3) los diagnósticos psiquiátricos frecuentemente asociados con la agresión y el abuso de sustancias, y 4) las expectativas socioculturales acerca de la relación entre tóxicos y agresión que afectan a los consumidores de sustancias, abusadores físicos y sexuales y sus familias.

Otro tema que ha centrado el interés de algunos investigadores es el referido a la relación entre el alcoholismo y el incesto y violación marital. Ambas formas de abuso sexual ocurren mucho más a menudo entre la población alcohólica que no alcohólica. Esto no debería de sorprender si consideramos que los tres factores más frecuentemente implicados en la etiología de la impotencia sexual son: alcohol, ansiedad y cólera.

Las estadísticas señalan que entre el 15% y el 75-80% de los perpetradores de incesto son alcohólicos o, al menos, abusan del alcohol (Meiselman, 1978; Herman, 1983). También en estos casos llama la atención la tendencia a "excusar" la conducta debido a la presencia de intoxicación. Richardson y Campbell (1982) demostraron en su investigación que la población general percibe al agresor intoxicado como menos culpable, y parece asumir que "el alcohol le hace hacerlo". A la inversa, las víctimas femeninas que estaban intoxicadas eran percibidas como más responsables de la agresión sexual de que eran objeto y, en general, como más inmorales y más provocadoras.

Estudios recientes que relacionan consumo de alcohol y violación marital demuestran que la mayoría de las mujeres violadas lo son por sus novios o en salidas con conocidos, no tanto por extraños, y que el sexo forzado con conocidos tiene consecuencias más dramáticas que la violación por extraños (Russell, 1984; McCahill, et al, 1979; Reich, 1983). Contrariamente a la suposición de la “violación en las salidas nocturnas”, estos estudios han demostrado claramente que la violación y otras formas de agresión sexual correlacionan significativamente con “una larga duración” de la relación.

Finkelhor y Illo (1985) dirigieron una investigación que demostraba que el 10% de las mujeres casadas de su muestra habían sido coaccionadas en las relaciones sexuales con sus maridos por el uso de la fuerza física o amenazas de daño. Existe la idea de que el sexo forzado es menos grave cuando acontece en el matrimonio que con conocidos o extraños. Quizás la idea de que el certificado de matrimonio es una licencia para abusar está más extendida de lo que nosotros pensamos.

## **8. Alternativas terapéuticas y estrategias de actuación frente al maltrato conyugal.**

### **8.1. Consideraciones previas.**

Como se ha indicado anteriormente, el tratamiento comienza con la sospecha de abuso y continua con la entrevista y oferta de apoyo y protección inmediata. Con cada grupo de víctimas, y realmente con cada paciente, se necesita trabajar cuestiones diferentes y, variando también el ritmo de trabajo, el tipo de educación a seguir, tipo de apoyo y situaciones terapéuticas. Es esencial tener presente que el

paciente mismo puede reprimir su victimización, por lo que es bastante útil plantear la cuestión de la posible victimización doméstica de vez en cuando a todos los pacientes consultantes.

Conviene tener en cuenta que los casos de malos tratos conyugales son altamente individuales en su naturaleza y que la dinámica de cada interacción es muy particular, por lo que el contexto debe ser analizado en cada caso para proporcionar la información necesaria para una acertada elección del tratamiento. Por estas razones, si los patrones de abuso son altamente individuales, proporcionar modalidades de tratamiento estandarizadas para todos los hombres agresores y mujeres maltratadas, muy probablemente limita e incluso impide resultados terapéuticos positivos. La decisión sobre el tratamiento sólo puede hacerse cuando se disponga de todos los datos posibles. Un factor que suele ser decisivo para determinar qué tipo de tratamiento se recomienda es el nivel del Yo funcionando del sujeto.

A la hora de plantear una estrategia de actuación terapéutica es fundamental considerar el tema de la seguridad y conocer el grado de letalidad de la relación; esto puede excluir ciertas opciones e incluso puede contraindicar algunos tipos de consejos.

En cuanto a la valoración del riesgo, Browne creía que el miedo de la mujer y su percepción de peligro son factores significativos. Muchos de estos miedos probablemente se refieran o se revelen por la tasación de la esposa de las características conductuales y de personalidad del abusador, al igual que de la valoración de la relación y situación actuales.

De su experiencia, Douglas y Strom (1988) concluyen que es importante ser consciente del estilo cognitivo general de la mujer maltratada y de las cogniciones específicas acerca de la conducta violenta y de control que ella ha experimentado. De cualquier modo, es imperativo mantener como objetivo primario la seguridad. Es decir,

aunque las cogniciones disfuncionales puedan ser importantes, aún lo es más no perder de vista la realidad de que la mujer maltratada a menudo se enfrenta a un grave peligro. Las amenazas de violencia que experimenta una mujer maltratada pueden aumentar cuando el agresor tiene conocimiento de que ella intenta buscar ayuda. La importancia de manejar el proceso terapéutico en orden a responder de un riesgo adicional puede no ser exagerado. Finalmente, como terapeuta, puede ser útil en terapia cognitiva con mujeres maltratadas el que uno haya confrontado sus propios valores, creencias y actitudes acerca de la violencia hacia las mujeres. Un sistema de apoyo emocional fuerte para el terapeuta fuera del contexto terapéutico es un elemento crítico para mantener la efectividad en esta tarea tan difícil.

En anteriores párrafos se hacía alusión a la importancia de que el terapeuta reconozca también sus propias cogniciones disfuncionales en relación a los malos tratos conyugales. Cuando una mujer maltratada relata una conducta abusiva de su compañero, para algunos terapeutas con poca experiencia profesional en abuso conyugal, la reacción inicial puede ser de desconfianza: “yo no puedo creer que esto le ocurra a usted”. Aunque ciertamente es una reacción razonable al enfrentamiento inicial con una situación extraña, la mujer maltratada necesita no tener que trabajar sobre el propio proceso de su revelación al terapeuta. La respuesta del terapeuta, sea de incredulidad, horror, cólera, terror o cualquier otra emoción de las que son expresadas rutinariamente por alguien que trabaja con problemas de violencia, debería usarse como una herramienta para beneficiar a la mujer maltratada. La cuestión personal propia del terapeuta respecto a la violencia conyugal debería ser tratada en un proceso de supervisión a fin de funcionar efectivamente tanto dentro como fuera de la situación terapéutica.

Otro riesgo importante a evitar, al trabajar con mujeres maltratadas, se refiere a las atribuciones de causalidad. Una creencia de algunos terapeutas es la de que si la violencia ocurre es que la víctima de-

bió provocarla y, por tanto, al menos por implicación, mereció el abuso. “¿Qué es lo que hace para provocarle?”. Este error contradice descaradamente una terapia de responsabilidad de la propia conducta de uno y, además, fracasa al no tener en cuenta los diferentes poderes dinámicos de la relación. Esto puede llevar a una situación que lesione a la víctima. Esta posición además, victimiza a la mujer maltratada y puede servir para mantenerla en medio de una situación violenta si ella, y su terapeuta, atribuyen la causa de la violencia a su provocación.

Cuando una mujer maltratada busca ayuda a raíz de una historia de episodios abusivos, puede estar considerando la posibilidad de dejar aquella relación bien temporal o definitivamente. La respuesta del terapeuta a este respecto puede ser crucial; bien apoyando su opción de partir o desalentándole de irse, enfatizando en cambio su rol de cuidadora. Esta última opción puede expresarse de varias formas: “él te necesita , no puedes abandonarle ahora”, o “necesita tu comprensión”, o peor aún, “él te golpea porque está inseguro, tú puedes ayudarle a cambiar dándole esa seguridad”. No se pone en duda que el maltratador necesita apoyo social y emocional, dado que probablemente esté aislado socialmente (Sonkin et al, 1985; Neidig y Friedman, 1984), pero no está claro que lo mejor para la mujer maltratada sea llenar las necesidades del agresor por encima de las suyas propias, especialmente las de seguridad.

Un psicoterapeuta puede sucumbir también a la tentación de decirle a la mujer maltratada lo que ella debería hacer; por ejemplo, si debe irse, permanecer o, simplemente, hacer frente al agresor. Este fenómeno ha sido denominado “educación agresiva” (Adamsky, 1980). Hay dos razones principales por las que se considera patológico este consejo.

Puede que sea la primera vez que la mujer empieza a reconocer su propio empobrecimiento y esto es necesario facilitararlo. Por otro lado, es importante mantener la posición de que la mujer maltratada

tiene el control sobre su propia vida y está en situación de tomar sus propias decisiones. Por ello conviene explorar en detalle junto a ella, no en lugar de ella, las variadas opciones y las consecuencias más probables e implicaciones de la violencia continuada. En última instancia, es necesario que la decisión sea de ella.

Segundo, es importante respetar el sentido de peligro de la mujer maltratada. Ella es más experta que nadie en los signos que indican peligro. Un consejo particular del terapeuta a la mujer maltratada, por ejemplo que sea más asertiva o llevar a cabo una acción específica (v.g. retirar las pistolas de casa) puede significar un inmediato aumento de violencia contra ella.

## **8.2. El abordaje terapéutico de la mujer víctima de malos tratos conyugales.**

En general, se aconseja que los programas de tratamiento se desarrollen en centros especializados en violencia doméstica para poder atender a un amplio rango de casos. La mayoría de los centros de asesoramiento para la violencia doméstica identifica claramente a las mujeres como víctimas y a los hombres como agresores. Los programas de tratamiento se centran principalmente en el apoyo de la mujer para que pueda liberarse de situaciones opresivas. Algunos de estos programas también ayudan a la mujer a comprender por qué son susceptibles de encontrarse en situaciones abusivas.

El simple etiquetaje por el terapeuta de una conducta como “abusadora” o “violenta” o identificar a una mujer como “maltratada” puede ser un primer paso en el proceso de intervención terapéutica, a lo cual puede resistirse la paciente. Identificar la victimización puede ser útil para la mujer maltratada, especialmente si esta explicación puede ser utilizada por ella para adquirir el sentido de su res-

puesta a la violencia. Por otro lado, la mujer puede pensar de sí misma que no es razonable o que está loca por responder como lo hace a la violencia. Además, una vez que una mujer se etiqueta a sí misma como maltratada, ha de plantearse seriamente la violencia de la que es objeto y enfrentarse a algunas cuestiones difíciles, especialmente las de continuidad de sus relaciones.

Bajo el etiquetado de la conducta como abusiva está la cuestión de su minimización y distorsión. Algunas mujeres que reconocen el carácter abusivo de una conducta pueden minimizar su nivel de severidad o la probabilidad de lesiones, a pesar incluso de que éstas requieran atención médica. En particular suele minimizarse el abuso sexual, debido en parte al punto de vista de las mujeres maltratadas de que su marido tiene derecho a hacerles demandas sexuales y exigir su satisfacción. De hecho, existe un fracaso histórico para definir el abuso sexual en el matrimonio como conducta criminal. Sólo recientemente se ha comenzado a incluir la violación y el asalto sexual en el matrimonio como delito reconocido por las leyes en algunos países.

Una función que cumple la negación, minimización y distorsión de la violencia conyugal en la mujer maltratada es evitar experimentar las dolorosas emociones asociadas con el ser objeto de maltrato, por ej. terror y rabia. Paradójicamente, esta inaceptación del abuso o a reconocer la gravedad de la violencia hacia ellas o sus hijos puede llevarles también a un mayor peligro, dado que continúa encontrándose en una situación altamente peligrosa y no contempla posibles opciones de escape si la violencia se repite. Conseguir que una mujer maltratada desarrolle y use un plan de escape siempre que la violencia esté presente o evitar que inicie contactos con el agresor si está fuera de casa no es posible si se niega que la posibilidad de peligro persiste. Desgraciadamente sólo después de que la violencia se repita se consigue, por lo general, que terapeuta y paciente empiecen efectivamente a trabajar para cambiar las negaciones y distorsiones.



Está claro, pues, que la intervención destinada a ayudar a la mujer maltratada a identificar, etiquetar y experimentar emocionalmente el abuso es un paso terapéutico importante. Sin éste la mujer maltratada no puede mantener los esfuerzos subsecuentes para responder efectivamente a los peligros de posteriores abusos ni está en posición de ocuparse de las consecuencias acumulativas de la victimización pasada. En este estadio es particularmente efectiva la experiencia de escuchar a otras mujeres en un grupo. De todas formas, un posible riesgo, si la mujer maltratada no está preparada para ello, es que ella pueda identificarse a sí misma como diferente de los otros miembros del grupo, en el sentido de creerse más incapaz que ellas, y abandonar el grupo alejándose de los escasos recursos disponibles de apoyo social y emocional.

Mantener las expectativas de futura violencia resulta pues fundamental para continuar el tratamiento. Uno debe creer que un suceso negativo ocurrirá realmente para preparar una respuesta eficaz al mismo. Para muchas mujeres maltratadas las expectativas de violencia futura reflejan típicamente la realidad; y, de hecho, muchas mujeres maltratadas tienen una fuerte conciencia de esta realidad. Pero algunas, de todas maneras, en un aparente intento para hacer frente a la situación, intentan convencerse a sí mismas, y a otros, de que la violencia no se repetirá. A menudo la conducta de estas mujeres es inconsistente con sus verbalizaciones. El verdadero acto de buscar ayuda conlleva que la mujer maltratada percibe que hay una razón para preocuparse. Es importante ayudarle a reconocer que la repetición de la violencia es probable, lo que es especialmente cierto cuando los agresores no están involucrados en alguna intervención legal o psicológica que podría hacer pensar que su conducta fuera a modificarse. Incluso entonces, el peligro existe. El aceptar las expectativas de violencia futura no va a revertir la indefensión aprendida de la mujer maltratada, la cual es bastante realista y adaptativa. Más bien, el cambio debe venir a través de su percepción de que tiene legítimas opciones para responder a la violencia.

Muchas mujeres maltratadas tienen la creencia, a pesar de los antecedentes de lesiones graves y amenazas a su vida, de que sus cónyuges realmente nunca las malherirán o las matarán. No es raro que una mujer maltratada refiera que su marido la ha amenazado verbalmente con matarla, quizás con una pistola o un cuchillo en la mano, y todavía mantenga que realmente no cree que lleve esto a cabo nunca.

Así pues, un objetivo en la intervención con mujeres maltratadas puede ser ayudarlas a incluir en su sistema de creencias la posibilidad de que aumente la gravedad de la violencia con lesiones potenciales graves, o incluso muerte, de continuar los actos violentos. Con el reconocimiento de esta posibilidad la mujer maltratada necesita evaluar su subsecuente curso de acciones más apropiadas.

En primer lugar, es importante no confundir la creencia “no hay nada que yo pueda hacer para aumentar mi seguridad”, con “no hay nada que yo pueda hacer para controlar la predictibilidad de su violencia”. Mientras lo último es cierto, lo anterior no lo es del todo. La tendencia del agresor a actualizar su violencia es simplemente influida, no controlada, por las acciones de la mujer maltratada o alguien más. Es un objetivo fundamental de la intervención llegar a diferenciar estas dos creencias y que la mujer perciba que ella tiene opciones autoprotectoras con las que responder a las amenazas de violencia contra ella

Aceptar que existe alguna responsabilidad en la solución al problema de la violencia; es decir, percibir la controlabilidad, es para una mujer maltratada centrarse tanto en cambiar la conducta violenta y de control del agresor como cambiar su respuesta a ella. Lo último es la única elección sobre la que ella tiene control real.

Una mujer maltratada puede intentar controlar la violencia del agresor tratando de hacerle cambiar directa o indirectamente. Puede intentar persuadirle para que “entienda que él no puede continuar

así”, que ha de buscar tratamiento o dejar de beber. En estos ejemplos, ella directamente reconoce su deseo de que él se comporte diferentemente. Muchas mujeres maltratadas inician una terapia con el propósito de encontrar formas efectivas de frenar la violencia de su pareja y a menudo piden al terapeuta que su cónyuge sea incluido en la terapia. Esto implica que la mujer maltratada acepta su responsabilidad para la solución de la violencia, pero piensan que el medio de conseguirlo es cambiar la conducta de su marido. Esta solución particular es inefectiva y va en detrimento de la salud mental de la mujer maltratada. Ella no puede detener la violencia puesto que, en última instancia, sólo él controla su conducta.

Quizás un camino aún más perjudicial para intentar cambiar la conducta del agresor sea a través de medios indirectos. La mujer puede intentar detener la violencia alterando su propia conducta, de tal manera que no “provoque” la violencia de su marido. Por ejemplo, ella puede creer que si es más sumisa no habrá razón para golpearla. Pero muy probablemente incluso sus mayores esfuerzos para ser sumisa no tengan éxito para detener la violencia. Informes recogidos de episodios violentos revelan que ésta puede surgir de forma repentina o reponder a conductas aparentemente inocuas de la mujer maltratada.

De cualquier manera, la cuestión básica es que la solución pasa por que la mujer maltratada haga algo para detener la violencia. Una vez que ella defina su responsabilidad para frenar su victimización y cambiar su respuesta a ella, sin modificar su conducta, podrá elegir entre qué acciones aumentarán su seguridad y en última instancia asegurar su puesta en práctica. Es importante que la mujer acepte su responsabilidad en el control de la solución a su victimización, pero no porque la responsable de la violencia sea ella, sino porque aceptar el maltrato refleja una humillación y empobrecimiento en su vida. Hay opciones, por ejemplo dejar la casa, llamar a la policía, decir “no”, que pueden en potencia aumentar su seguridad. Un estudio reciente (Jaffe et al, 1986) sugiere que la intervención policial,

especialmente la que implica cargos criminales, reduce la violencia a las mujeres. Se ha comprobado que los arrestos son la fuerza de disuasión más efectiva entre las formas de intervención policial (Sherman y Berk, 1984). Cuál de las soluciones es la efectiva para detener la violencia va a depender de las circunstancias particulares de cada situación. No hay una solución universal que garantice la supresión de la violencia a una mujer maltratada. Algunas mujeres, cuando todos sus esfuerzos han fracasado para aumentar su seguridad, responden a la violencia continuada del marido usando también la fuerza como autodefensa, a veces con consecuencias fatales.

Desde el punto de vista de la intervención psicológica y legal, en un estudio de seguimiento de seis meses realizado por Emery (1.989), se encontró que el 19% de los casos mediados y el 24% de los casos de hombres que conseguían permiso judicial tras la denuncia repetían la violencia, en comparación a sólo el 10% de los casos de hombres arrestados (Sherman y Berk, 1984).

Para ayudar a la mujer a salir de sus relaciones de maltrato hay que ir debilitando las uniones que mantiene con su abusador.

Actualmente, entre las opciones disponibles para la mujer maltratada figuran las casas refugio o de acogida y los grupos de autoayuda. Las casas de acogida cada vez son más numerosas y están mejor equipadas para aceptar a niños de todas las edades con programas apropiados a sus necesidades mientras las mujeres empiezan a identificar sus objetivos a corto y largo plazo.

Los programas de defensa y autoayuda desarrollados en la pasada década en las casas de acogida han ayudado enormemente a las mujeres maltratadas a construir imágenes más positivas de sí mismas consiguiendo un aumento de su propia autoestima. Auto-ayuda, en relación al abuso conyugal, es el proceso por el cual las decisiones individuales de la víctima llevan a un crecimiento personal y mayor resistencia. El proceso de autoayuda puede darse indivi-

dualmente y también como parte de un proceso de grupo ofrecido, a menudo, en casas refugio con guías de apoyo entrenados para ello. Las mujeres que han sido víctimas de abuso han vivido en situaciones en las que la violencia continua les lleva incluso a dudar de su propia salud mental. Estas situaciones también perpetúan su sentido de indefensión aprendida, desesperanza, confusión y fracaso para la autovaloración. A través de los grupos de autoayuda se trabaja para ganar fortaleza personal y autoestima así como para que lentamente puedan hacerse cargo de sus vidas mediante la toma de decisiones.

Los resultados han estimulado a psiquiatras e investigadores del tema a comprender la necesidad de reconocimiento de la existencia de abuso para poder ofrecer a la víctima de malos tratos conyugales oportunidades que le permitan dejar la situación abusiva e involucrar al sistema legal en ello.

### **8.3. Otras alternativas terapéuticas.**

Más recientemente, algunos profesionales implicados han reconocido la necesidad de trabajar con el abusador más allá de los pasos legales para detener el maltrato actual y futuro. Sobre la eficacia del tratamiento del hombre que maltrata existe, no obstante, una clara polémica. Por un lado existe un amplio sector de profesionales implicados en el tema que considera erróneo y absurdo los intentos de abordar terapéuticamente al agresor. Por otro, están quienes piensan que no sólo es necesario trabajar con las mujeres maltratadas sino también con los hombres maltratantes, y promover programas de educación comunitaria y concienciación general para disminuir la violencia doméstica en general.

En los casos en los cuáles se intenta el tratamiento del agresor, hombre y mujer suelen ser evaluados inicialmente por separado,

aunque se presenten como pareja consultante, máxime cuando la dinámica de la interacción no está clara en la primera sesión. Las terapias individuales pueden estar indicadas en determinados tipos de agresores pero existe la tendencia general a trabajar con los pacientes en grupo, bien sea de autoayuda o terapia de grupo. Los hombres son tratados frecuentemente en compañía de otros hombres o de parejas de apoyo y confrontación para conseguir modificar las formas tradicionales de pensamiento acerca de la mujer y enseñar técnicas conductuales que le ayuden a manejar la cólera. Cuestiones referentes a poder, control e intimidación son cruciales en la filosofía de los tratamientos de los hombres.

Generalmente los programas de tratamiento intentan proporcionar habilidades que provean de maneras concretas de pensar y vivir de forma no violenta. Otras veces el tratamiento se basa en la idea de que la violencia cesará cuando la dinámica subyacente sea analizada e interpretada y el hombre adquiera un adecuado control del Yo; para esto último suele proporcionarse una terapia individual orientada al *insight*. Los pacientes también pueden ser incluidos en terapias de grupo encaminadas a examinar sus interacciones verbales y extraverbales junto a otros hombres y mujeres que han mantenido relaciones de maltrato. Con estos programas los hombres obtienen asesoramiento y comprensión de su interacción de abuso particular, cuándo y por qué ocurre y cómo sus acciones se relacionan con experiencias infantiles.

Desde los años setenta Adams y su grupo han desarrollado un tratamiento paradigmático para hombres abusadores que se ha mostrado eficaz, basado en primer lugar en el enfrentamiento de los hombres a sus propias excusas para la violencia, al mismo tiempo que se intenta aumentar el coste y las consecuencias de la violencia continua. Este programa requiere una implicación legal para ser aplicado a fin de asegurar que los hombres completen el tratamiento, el cual consiste en una primera fase de terapia individual durante varios meses de trabajo psicológico. Se sigue luego de terapia de

grupo durante 9 o 12 meses en los cuáles el hombre acepta la responsabilidad de su conducta y se proponen y debaten ideas anti-sexistas. El objetivo final es que las acciones del hombre reflejen su cambio de valores.

La terapia individual dirigida al *insight* se incluye por ser una buena oportunidad para los hombres maltratantes de trabajar en la resolución de conflictos y lesiones del ego, el pobre control de los impulsos y su incapacidad para suprimir la ansiedad. Adams hace hincapié en las a menudo pasadas por alto similitudes entre violencia y abuso de drogas o alcohol; ambas conductas no pueden ser interpretadas de forma separada y son autopropetuentes a menos que se confronten y se modifiquen.

Para los terapeutas que trabajan con abusadores y víctimas resultan útiles las investigaciones que demuestran que los hombres tienen actitudes más receptivas cuando interactúan con otros hombres como compañeros de terapia, de ahí la ventaja de la terapia de grupo en este caso.

Sin embargo, Adams y Penn señalan que “simplemente la educación y la práctica de auto-asertividad y otras habilidades alternativas no inducen a los maltratadores necesariamente a detener el maltrato. Tales programas de educación deben acompañarse de sanciones legales y sociales reforzadoras contra la violencia continua, prestando atención específica a la conducta y expectativas sexistas inherentes al abusador”.

En su programa, Adams identifica cinco estadios a través de los cuáles los abusadores progresan en su renuncia a controlar a su pareja: 1) negación de que él sea el responsable de su violencia, 2) cólera hacia su pareja por etiquetarla como un problema, 3) negociación (para retener algún control), 4) depresión y confusión sobre cómo sentir o actuar, 5) por último, aceptación de que no puede controlar a los demás. Es entonces cuando la terapia indi-

vidual y, posiblemente de pareja, tiene cabida para continuar trabajando sobre el cambio perseguido.

#### **8.4. Los Servicios de Atención Primaria y los malos tratos conyugales.**

Los profesionales de la salud, como la sociedad en general, deben considerar la violencia doméstica como un crimen y un problema sociocultural y personal de primera magnitud, y deben comunicar esta idea a las pacientes que han sufrido abuso. Deben transmitir a las víctimas el sentimiento de que ellas no tienen la culpa y proporcionarles un tratamiento psicoterapéutico de apoyo o autoayuda que les permita reconstruir su identidad. Pero antes de que puedan hacerse muchos progresos en cuanto a técnicas de apoyo y terapia con mujeres maltratadas, o programas de educación y terapia para hombres, las leyes y el sistema legal deberían asumir su responsabilidad y cumplir con su misión de salvaguardar a los individuos por encima de la estructura familiar.

Los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental tienen un claro y definido papel a jugar en los casos de abuso conyugal. Su primera responsabilidad, según Dickstein, debe basarse en la aceptación del hecho de que el reforzamiento legal puede detener el abuso más fácil y permanentemente que lo pueda hacer la reconciliación, la cual incluye mediación y terapia fuera del sistema legal. Habitualmente en la mediación “la violencia es tratada como evidencia de un problema relacional más que como un delito”. “El reforzamiento legal, por otro lado, incluye respuestas que se centran sobre acciones legales formales diseñadas para castigar o rehabilitar al perpetrador y proteger a la víctima de más actos de violencia”. Como señala Dickstein, aunque casi una tercera parte de su tiempo sea empleado por la policía en responder llamadas por violencia doméstica, con demasiada frecuencia simplemente se limitan a sepa-



rar a las partes, o median y no rellenan informes, lo que se ha demostrado inefectivo. En un estudio de 1983, en Minneapolis (E.E.U.U.), se comprobó que el arresto policial es la mejor fuerza de disuasión para evitar la recurrencia. Hay evidencia de que los maltratantes que tienen poca experiencia con el sistema de justicia criminal y que son arrestados pasando una noche en la cárcel aparecen positivamente afectados por la experiencia, hasta el punto de empezar a evidenciar una introspección constructiva acerca de su propia conducta. De esto puede concluirse que un trabajo cooperativo entre el reforzamiento de la ley y las agencias de salud mental pueden obligar a cambios efectivos en la conducta del agresor proporcionando la asistencia que éste necesita para aprender a detener la violencia.

En resumen, la detención de los abusadores, seguida de condena, libertad condicional y mantenimiento de la sentencia hasta que completen con éxito el programa de terapia puede capacitar al hombre a establecer patrones de conducta no violenta bajo circunstancias aceptables.

Merece la pena detenerse en analizar el papel que los profesionales de salud, y más concretamente, del especialista en salud mental, pueden realizar en la detección, tratamiento y prevención del maltrato conyugal.

Stark et al (1979) argumentan que debido a la práctica e ideología patriarcal del sistema médico, los médicos fracasan al reconocer el maltrato conyugal y, a menudo, etiquetan a las mujeres maltratadas de tener problemas psicológicos, y no a la inversa. Según Stark et al, estas conductas contribuyen a perpetuar las relaciones de violencia doméstica al tiempo que en estos casos el sistema médico refuerza la estructura patriarcal de la familia. Kurz (1987) documentó, por ejemplo, cómo el personal de una sala de urgencias definía a las mujeres maltratadas como "casos no médicos" sino "sociales" y, en general, estos casos eran considera-

dos como una carga extra y molesta para los médicos. Este mismo estudio muestra cómo después de recibir entrenamiento para responder al maltrato, el personal de la sala de urgencia tenía un más alto nivel de reconocimiento e intervención con las mujeres maltratadas.

En un interesante estudio canadiense de Trute y Sarsfield (1.988) se examinó la respuesta de los médicos de Atención Primaria tanto en áreas urbanas como rurales a la detección y tratamiento del abuso conyugal. El estudio se planteó desde el convencimiento de que los médicos poseen una posición estratégica en la revelación y tratamiento de la violencia familiar.

Las encuestas encaminadas a determinar el nivel de contacto que los médicos tienen con mujeres maltratadas es muy variable pero, en general, indican que una de cada tres mujeres es vista al menos una vez por un médico durante su exposición al abuso (Binney et al, 1981; Pagelow, 1981). Las mujeres maltratadas tienen más tendencia a pedir ayuda a su médico que a la policía o los abogados (Metha y Dandrea, 1988). Está claro que de las mujeres abusadas que buscan ayuda médica, pocas son identificadas como maltratadas. Muchas mujeres asustadas y maltratadas física y emocionalmente permanecen ocultas y no son detectadas durante el tratamiento médico.

Las encuestas a profesionales médicos revelan que la mitad de ellos no consideran la detección y tratamiento de la violencia marital como "medicina real" (Borkowski et al, 1983). La enseñanza médica tradicional, centrada en el tratamiento de enfermedades orgánicas, y la diversidad de información de acuerdo a subespecialidades, parecen llevar al médico general a creer que la violencia familiar sólo concierne al psiquiatra y no a la práctica diaria del médico general (Goodwin, 1985). La respuesta más común de éste es la de aconsejar a la mujer sometida a malos tratos a que abandone a su marido (Johnson, 1985).

La calidad de la atención médica va a determinar si una mujer va a ser remitida a los servicios sociales, legales o a otras agencias de atención sanitaria (Meth y Dandrea, 1988). Es importante que los médicos, además de preguntar directamente acerca del probable abuso conyugal, se documenten con la información relevante y guíen a las mujeres maltratadas hasta los recursos de tratamiento que necesiten. En la práctica habitual las mujeres maltratadas rara vez son remitidas por los médicos a otras fuentes de ayuda comunitaria (Jobling, 1974). Paradójicamente, cuando se cuestiona que hay un bajo índice de remisiones desde los médicos a otros profesionales sociales, los médicos sitúan entonces la violencia doméstica dentro del contexto de su propia disciplina como “un problema médico” (Johnson, 1985).

Como profesionales de los servicios sociales, los trabajadores sanitarios tienen una importante posición para establecer un primer contacto, diagnosticar y hacer recomendaciones a las mujeres maltratadas. Sin embargo, los médicos de atención primaria todavía identifican menos mujeres maltratadas que los trabajadores sociales, curas, psiquiatras o psicólogos (Burriss y Jaffe, 1984).

Lent (1986) sugiere que los malos tratos conyugales deberían preocupar más a los médicos generales por los profundos efectos adversos que tienen en las familias. Resulta evidente que el reconocimiento y respuesta médicos a la violencia familiar tienen una importante implicación a largo plazo en la atención preventiva de la salud (Lent, 1986).

Los médicos pueden creer una pérdida de tiempo, o no conocer o no interesarse en tratar lo que ellos perciben como asuntos privados del paciente. Sólo una pequeña proporción de doctores presta atención a los signos de posible abuso, o pregunta en profundidad acerca de cómo se ha lesionado una mujer, mientras otros asumen que ella exagera si revela conductas de maltrato (Bowker y Mauer, 1987; Burriss y Jaffe, 1984).

Segun datos del U.S. Department of Health, Education and Welfare de E.E.U.U. (1980), menos del 30% de las mujeres maltratadas encuestadas confirmó que el personal médico le preguntara si había sufrido malos tratos. En un estudio con médicos de familia canadienses se señalaba que el 45% no había encontrado casos de mujeres maltratadas en su práctica clínica durante el año anterior a la entrevista. En este mismo estudio, el 38% refería que nunca preguntó al paciente directamente acerca de la posibilidad de violencia (Nuttal et al, 1985). Aunque en principio las mujeres suelen dar excusas como causa de sus lesiones físicas, cuando se hacen preguntas directas acerca del abuso la mayoría revelan los hechos. Parece ser que cuando los médicos se toman tiempo y muestran interés para preguntar sobre cuestiones claras acerca del abuso, las mujeres que han sido maltratadas frecuentemente reúnen el valor para revelarlo. Muchas de estas mujeres que sufrieron malos tratos han referido que hubieran admitido haber sido maltratadas si sus médicos les hubieran preguntado acerca de su situación de la forma adecuada (Metha y Dandrea, 1988; Pahl, 1979).

Si bien las mujeres maltratadas representan actualmente sólo una pequeña porción en los casos del médico general, no es una porción tan pequeña como ellos creen. Debido a la naturaleza de su trabajo como expertos, los médicos mantienen un contacto de primera línea con las mujeres que han sido maltratadas. Aunque no tengan la formación adecuada ni recursos para "solucionar" situaciones de maltrato, está claro que juegan un papel crucial en la detección del abuso, en la coordinación con recursos de tratamiento comunitarios y en la prevención última de este omnipresente problema de salud.

El artículo de Trute y Sarsfield (1.988) revelaba que del 10 al 20% de las mujeres adultas en la población de Manitoba (U.S.A.) sufrían abuso físico. Sin embargo, cuando se preguntaba a los médicos la prevalencia de casos de mujeres que eran físicamente maltratadas en su práctica médica, la mitad de los médicos de

Manitoba estimaba que menos del 15%. Alrededor de 1 de cada 4 médicos hizo una estimación del 6 al 10% y 1 de 5 indicó una estimación de 11 a 20%.

Las estimaciones de prevalencia práctica, generadas por los médicos, estaban relacionadas significativamente con el sexo del médico, de manera que los hombres referían ver valores significativamente más bajos de casos de abuso. Lo mismo ocurría con la estimación de frecuencia del abuso en situación de maltrato. También el número de años de práctica parecía relacionarse con la prevalencia de casos de abuso, de forma que aquellos con más años de servicio tendían a referir valores más bajos. No había diferencias respecto a la localización rural o urbana de la práctica médica.

En cuanto a cómo identificaban un caso de abuso, el 41% refería que raramente se debía a una revelación espontánea de la mujer sino que más frecuentemente el abuso era detectado cuando los médicos mismos preguntaban por él. Respecto a las respuestas del médico en casos identificados de abuso conyugal a mujeres, la respuesta más frecuente de los médicos es que ellos mismos proporcionaban consejo a la mujer (72%). El 16% aconsejaban tanto al marido como a la mujer. Una tercera parte de los médicos indicaban que ellos sólo podían responder a los problemas médicos porque a menudo los consejos eran rechazados. Por último, el 21% de los médicos animaba a las parejas a salir por sí mismas del problema.

El estudio de la relación entre la formación continuada y entrenamiento con el abuso conyugal indicaba que un 64% de los médicos encuestados no había asistido a ningún seminario en los últimos 5 años que tratara sobre la detección y manejo del abuso conyugal o violencia familiar. Un 85% respondió haber leído algún libro o artículo en relación al rol médico en la detección y tratamiento del abuso conyugal en el último año. De los que no habían leído material de este tipo, el 31% creía que el material no estaba disponible y un 57% señalaron que esta cuestión no era prioritaria para ellos.

Se comprobó que los médicos que habían asistido a un seminario en los últimos 5 años tenían niveles significativamente más altos de identificación de casos de mujeres maltratadas y hacían más preguntas directas sobre ello cuando trataban a mujeres adultas jóvenes que sus colegas que no habían asistido a ninguna de estas actividades.

El 69% de los médicos encuestados estaban de acuerdo en que necesitaban información desde una perspectiva médica en relación a la identificación, tratamiento y lugares a donde remitir los casos de abuso de mujeres. Casi todos los médicos contactados creían poder beneficiarse de forma inmediata de más material escrito sobre el tema. Casi tres cuartas partes (73%) de los médicos creía que podía beneficiarse de oportunidades para asistir a seminarios relacionados con los aspectos médicos de detección y tratamiento de los malos tratos conyugales. Se encontró también que las mujeres médicas tendían a estar más interesadas (94%) que sus colegas hombres (63%) en la asistencia a seminarios. Por último, aunque los médicos rurales mostraban menos interés (65%) que sus colegas urbanos (79%) en seminarios, no había diferencia significativa entre ellos.

Resumiendo, las conclusiones eran consistentes con otras investigaciones similares (Burriss y Jaffe, 1984; Lent, 1986). De todas formas, a pesar de ello, la investigación sugiere hallazgos prometedores en el sentido de que parece ser que los médicos más jóvenes con formación más reciente están más alerta respecto a los malos tratos conyugales a la mujer, tienden a preguntar directamente sobre ello más a menudo y tienden a tratar el conflicto más frecuentemente. Además, el aumento de la presencia de mujeres entre las filas de médicos de familia y generales parece haber aumentado la respuesta médica al abuso de las mujeres. Las médicas tienden a tratar a las mujeres maltratadas más frecuentemente. Parecen ser más conscientes de la prevalencia y gravedad de los malos tratos a mujeres en la comunidad que atienden. De todas formas, una vez

identificado el abuso, los métodos de tratamiento no difieren significativamente entre médicos y médicas. En las áreas urbanas los profesionales a los que se derivan estos casos suelen ser más a menudo mujeres médicas, lo que puede hacer suponer que tal vez a éstas se las considere más receptivas a estos casos, o es que existe una opinión entre los profesionales de los servicios sociales comunitarios de que las mujeres médicas son más “apropiadas” para proporcionar servicio a las mujeres maltratadas. De cualquier manera los hallazgos sugieren que las mujeres maltratadas revelan y buscan tratamiento de los médicos con independencia de su género y que tampoco hay diferencia en el manejo de los casos identificados entre mujeres y hombres médicos.

Coincidiendo con Oglov (1985), es importante comenzar con programas de concienciación en las facultades de medicina de manera que los médicos jóvenes se den cuenta de la importancia de preguntar directamente y extenderse en las historias clínicas de traumatismos de mujeres con lesiones sospechosas de maltrato. Los hallazgos de la investigación sugieren también la necesidad de continuar la educación sobre este tema a los médicos de Atención Primaria. Los médicos mismos aprecian la necesidad de más información que ofrezca una perspectiva médica sobre la detección, tratamiento y derivaciones de la mujer maltratada. Casi todos los médicos encuestados por Trute y Sarsfield (1.988) estaban interesados en más material escrito y casi tres cuartas partes creían provechosa la oportunidad de asistir a seminarios sobre el tema. Tough Rose y Saunders (1.986) demostraron la relación entre el grado de formación y las creencias acerca de las mujeres maltratadas. El análisis no determinaba si aquellos con actitudes empáticas buscaban una formación adecuada o si la formación impactaba sobre sus actitudes.

A menudo, toda la responsabilidad para tratar una situación de abuso corresponde al psiquiatra si es el único profesional a quien la víctima da a conocer el caso. Los psiquiatras deben conocer los pro-

cedimientos legales apropiados, y todos los tipos de posibles derivaciones a hacer. El psiquiatra implicado en la terapia de parejas con problemática de malos tratos debe tener conocimiento acerca de qué tipos de conducta son crímenes, especialmente cuando el abusador intenta minimizar lo ocurrido con su víctima y ésta apoya su defensa.

Probablemente uno de los factores más importantes sea la propia actitud del psiquiatra, como figura significativa, hacia la violencia conyugal. Al elegir una profesión de ayuda, los psiquiatras no deberíamos ignorar situaciones en las cuáles los matrimonios “no necesitan ser salvados”, y reconocer que las vidas individuales deben ser protegidas. Detener la violencia debe ser siempre la primera respuesta a todos los casos de violencia doméstica. El papel de los psiquiatras descansa en la importante área del diagnóstico precoz y abordaje terapéutico. Los psiquiatras pueden coordinar opciones múltiples de tratamiento para las víctimas: grupos de apoyo, desintoxicación de drogas y alcohol, terapia individual, de pareja y familiar. Los psiquiatras pueden servir también como consultores y educadores en campañas de prevención interviniendo en programas de educación pública para profesionales de todos los niveles que trabajen con víctimas: policía y sistema legal, sanitarios, trabajadores del servicio social, maestros, religiosos, etc.

En conclusión, queda claro que falta mucho por hacer para aumentar la implicación médica en la detección y tratamiento del abuso conyugal. Hay que luchar contra la noción de que el maltrato a la mujer es “un asunto de mujeres” más que un “problema humano”. Los profesionales de los servicios sociales necesitan disipar este mito en el público y no perpetuarlo a través de derivaciones y prácticas de tratamiento. Se necesitan acciones tendentes a cambiar las actitudes profesionales predominantes. Esto podría hacerse a través de esfuerzos especiales tales como anuncios y artículos en periódicos y boletines profesionales para modificar las aparentes actitudes de los profesionales de los servicios sociales tales como:



1) las mujeres maltratadas no representan un problema de salud serio, y 2) son mejor manejadas por otras mujeres porque básicamente se trata de “asuntos de mujeres”.

La cuestión de la detección es crítica. Parece demostrado que cuando los médicos preguntan directamente acerca del abuso conyugal, su detección y tratamiento es más fácil. Hay pues, que estimular a los médicos a estar más alerta acerca de la violencia doméstica. Puesto que los profesionales sanitarios parecen estar más abiertos a materiales escritos, conviene diseñar y distribuir folletos que enfatizen la perspectiva médica sobre el abuso conyugal entre las asociaciones sanitarias profesionales provinciales. Este material debería ser tan detallado y específico como fuera posible acerca de detección, intervención y procedimientos de derivación, así como incluir información básica sobre la prevalencia del abuso conyugal y sus consecuencias sobre la salud familiar.

Por otra parte, dado que parece ser que la mayor receptividad se da entre los médicos graduados más recientemente, debería estimularse y utilizarse esta receptividad para mantener esta actitud a más largo plazo, ofreciendo oportunidades de formación y entrenamiento periódicos. Asimismo, se sugiere que los mejores momentos para introducir esta formación coinciden con la propia docencia en la Facultad de Medicina o inmediatamente después de la graduación.

## **8.5. Medidas generales.**

En base a lo comentado hasta ahora, para reducir la violencia doméstica, se recomienda cambiar las normas que legitiman y glorifican la violencia en la sociedad y la familia. Se ha sugerido la utilidad de campañas de concienciación pública, líneas telefónicas disponibles 24 horas al día (los números de estas líneas deberían ser pegados en salas de espera de psiquiatras y médicos, clínicas, sa-

las de espera de hospitales, centros comerciales, escuelas y guarderías), control de armas, abolición de la pena de muerte y el castigo corporal y reducción de la violencia en los medios de comunicación. Sería necesario reducir los estreses provocadores de violencia creados por la sociedad, tales como el desempleo, subempleo y pobreza, así como todo aquello que fomenta el carácter sexista de la sociedad y la familia.

El objetivo sería reducir la cantidad de estrés y devaluar la violencia como respuesta apropiada al mismo en otros aspectos de la vida social.

Las mujeres han conseguido acercarse a la igualdad con los hombres en su participación en la economía. Continuos esfuerzos para conseguir una participación igualitaria deberían reducir la violencia derivada de la disyuntiva dominante/sometido. De todas formas, siempre que la cultura recompense la agresión masculina en los patios escolares de recreo, seguirá habiendo jóvenes que al sentirse amenazados en determinadas situaciones sociales tiendan a expresar ritos violentos de forma imprevisible.

La violencia doméstica contra los miembros de la familia es un problema general de toda la sociedad. La prevención primaria y los programas de intervención ya existentes (y otros a desarrollar) deberían coordinarse y proteger a las víctimas potenciales a fin de encarar y frenar a los maltratadores, ser conscientes de los precipitantes subyacentes, y ofrecer ampliamente continuos esfuerzos de educación para, primero, aumentar la conciencia y, segundo, tener claro que todas las formas de violencia doméstica son inaceptables.

Vivimos en un mundo estresante, incierto, inestable económica y políticamente, con cambios en los roles y modelos sexuales para hombres y mujeres, con un aumento en el consumo de drogas y alcohol, enfermedades transmitidas sexualmente y violencia en más formas de las que jamás habríamos imaginado. En cualquier caso

no todos somos agresores ni víctimas. Es tiempo de que los psiquiatras y los médicos en general se impliquen en la disminución de la violencia doméstica en nuestro país. Como clínicos debemos estar alertas para identificar, intervenir y tratar a las víctimas de la violencia en el seno de la familia. Debemos ser conscientes de que en la misma familia pueden ocurrir diferentes formas de violencia.

Es importante enfatizar el uso de los sistemas legales para frenar el abuso ya que numerosos estudios demuestran que el tratamiento tiene más éxito cuando los maltratadores son forzados a admitir que han cometido delitos.

En resumen, para que una mujer esté a salvo se requiere un sistema social que no tolere ninguna forma de violencia contra ella.

## **II. ESTUDIO EXPERIMENTAL**

# 1. Introducción y objetivos.

En los últimos años se está dando a conocer en nuestro país una realidad que ha permanecido, y aún permanece, oculta entre las intimidades de la pareja: la violencia y agresiones en el seno de la misma. En ocasiones, sin embargo, la punta de este iceberg emerge camuflada bajo diferentes patologías psicosomáticas (molestias gastrointestinales, depresión, angustia,...). No obstante, muy pocas veces en la práctica médica habitual se tiene en cuenta la posible existencia de malos tratos al paciente (sea mujer, niño, etc.) por parte de otro miembro de la familia y, obviamente, si no se indaga en ello pasa desapercibido entre otras muchas causas de enfermar más convencionales desde el punto de vista del modelo médico vigente, máxime cuando la mayor parte de los facultativos que ejercen en nuestros servicios de salud son hombres y la mayor parte de los consultantes, bien como pacientes o como acompañantes de éstos, son mujeres que, por otro lado, intentan ocultar las agresiones de que son objeto por miedo o vergüenza.

En el capítulo anterior se ha puesto de relieve la importancia de la figura del profesional de la salud en general, y en particular del psiquiatra y psicólogo clínico, en la detección de posibles víctimas de violencia familiar y, en concreto, de la mujer agredida por su pareja. A esto hay que añadir el papel que el médico puede desempeñar como vía de liberación y primer punto de apoyo y asesoramiento para la mujer víctima de agresión.

La importancia y consecuencias de los malos tratos conyugales es aún más manifiesta en lo que respecta a la salud mental de la mujer. Es clínicamente constatable la enorme frecuencia de malos tratos conyugales entre las mujeres consultantes en los Servicios de Salud Mental, siempre que, claro está, se indague en la forma adecuada. Cabría preguntarse al respecto si ello es debido a que el colectivo de mujeres agredidas presenta más patología psiquiátrica

que las no agredidas y si esta patología se encuentra relacionada directa o indirectamente con la agresión de que es objeto o, bien, los malos tratos son secundarios a la existencia de psicopatología.

Consecuencia de la observación clínica anterior y ante los escasos, casi nulos, estudios sobre la incidencia de los malos tratos conyugales en Andalucía, su repercusión patológica en la salud mental de las mujeres, los posibles factores que pueden concurrir en las situaciones de riesgo de agresión (tipos de personalidad del agresor y la víctima, antecedentes familiares y personales de malos tratos, reacción de la víctima a la agresión,...etc.), me propongo la presente investigación con los siguientes objetivos:

1. Conocer la incidencia de malos tratos conyugales en el colectivo de mujeres consultantes en los servicios de salud mental de varias zonas básicas de salud (rural y urbanas) de nuestra comunidad: la zona del Aljarafe de Sevilla y áreas Sur y Este de Sevilla capital.
2. Verificar la validez de la siguiente hipótesis: las mujeres con patología psiquiátrica sufren más agresiones conyugales que la población no demandante de asistencia psiquiátrica.
3. Estudiar el binomio violencia conyugal y psicopatología de la mujer víctima de malos tratos por su pareja: dilucidar el tipo de patología mental que presentan las mujeres agredidas y establecer posibles relaciones entre la existencia de malos tratos y la patología psíquica presentada, estudiar el tipo de personalidad de la mujer agredida y su reacción a la agresión así como su imagen de la figura agresora, comprobar la efectividad de recursos simples tales como el asesoramiento de derechos y recursos legales existentes, terapia de apoyo, etc.,..., disponibles en cualquier Centro de Salud, para la mejora de la situación de la víctima de malos tratos.

El estudio experimental realizado tiene, pues, una triple finalidad. Por un lado, estudiar la incidencia real de los malos tratos a la mu-

jer en nuestra comunidad lo que puede contribuir a sentar algunas bases de referencia para comparar con otros colectivos.

Por otro lado, intenta demostrar experimentalmente las repercusiones de la agresión conyugal en la salud mental de la mujer describiendo el tipo de psicopatología psíquica relacionada con la agresión, perfil psicopatológico de la mujer víctima de malos tratos y aislamiento de factores que permitan detectar precozmente situaciones de riesgo.

Por último, poner de relieve, en base a los resultados hallados, la necesidad de indagar la existencia de posibles malos tratos a la mujer en las consultas de Atención Primaria y, específicamente, en los Equipos de Salud Mental, como medidas básicas de detección de situaciones de riesgo de malos tratos y prevención de patología mayor en la mujer, así como estimular y potenciar las labores de asesoramiento y apoyo por parte del personal sanitario como conductas paliativas de la situación de la mujer víctima de malos tratos.

## **2. Método y muestra.**

Obtener datos fiables acerca de los malos tratos conyugales constituye tal vez la principal dificultad metodológica de un estudio de este tipo. Además de la anterior, y en gran medida consecuencia de la misma, existe otro inconveniente a salvar cual es que para testar la hipótesis de trabajo: “en las mujeres con psicopatología que requieren tratamiento es mayor el índice de malos tratos conyugales”, es necesario conocer cual es la prevalencia de la variable de estudio (malos tratos conyugales) en la población general lo cual no ha sido dilucidado aún en nuestra comunidad, o al menos no se ha publicado información al respecto. Todo ello, especialmente lo segundo, ha supuesto un trabajo añadido para la confección de este es-

tudio pero a la vez lo ha dotado de mayor riqueza de datos y ha aumentado su utilidad como referente para otros estudios.

Para obtener información acerca de los malos tratos conyugales en la población general se ha utilizado como plataforma de acceso a las mujeres los Centro de Enseñanza de Adultos distribuidos por los diferentes barrios y zonas de Sevilla. Concretamente, para este estudio se ha recabado información de los situados en las zonas Sur y Este de Sevilla capital y el sito en Sanlucar la Mayor, como centro base de la zona del Aljarafe de Sevilla. En los centros contactados (Centro de Educación de Adultos “Las Aguilas” y Centro de Educación de Adultos de Rochelambert) se organizaron sendas charlas coloquio sobre el tema de los malos tratos conyugales. Previamente se había entregado a los profesores para su reparto a todas las mujeres y hombres asistentes al centro un cuestionario (protocolo A descrito en Anexo I) que incluía la recogida de datos sociodemográficos del sujeto encuestado y de su pareja, sus opiniones acerca de los malos tratos conyugales (¿qué considera malos tratos psíquicos?, ¿cúal debería ser la reacción de la mujer agredida?, ¿con qué factores están relacionados los malos tratos conyugales?,...), si ha sufrido malos tratos conyugales físicos y/o psíquicos, etc... El cuestionario incluía algunos items con respuesta múltiple. Para obviar aclarar términos tales como maltrato psicológico se incluía en el mismo protocolo algunas posibles concepciones de los mismos para que cada mujer eligiera aquella/as que considerara más válida.

Los protocolos eran completados por los sujetos de forma anónima e individual y entregados durante el debate organizado con fines divulgativos y de asesoramiento.

Para estudiar la incidencia de los malos tratos conyugales en la población de mujeres consultantes en los servicios de Salud Mental y su relación con los procesos psicopatológicos, se ha elaborado un cuestionario similar al usado para la población general, pero que incluye otros items destinados a recoger información adicional refe-



rente a la patología psíquica presentada (Protocolo B descrito en Anexo II). La recogida de estos datos se ha realizado En el Centro de Salud Mental "Aljarafe" del Servicio Andaluz de Salud ubicado en Sanlúcar La Mayor, el cual atiende a una población de 74.592 habitantes (según datos de 1991) distribuidos en los municipios de Sanlúcar La Mayor, Olivares, Pilas, Benacazón, Carrión de los Cespedes, Hinojos, Aznalcazar, Bollullos de la Mitación y Villamanrique de la Condesa; y en los Centros de Salud Mental Sur y Este de Sevilla capital, los cuáles atienden a una población aproximada de 83.143 y 159.342 habitantes distribuidos en las barriadas de La Candelaria, Los Pajaros, Juan XXIII, Cerro del Aguila, Nervión, Rochelambert, La Oliva, Polígono Sur, 3.000 Viviendas, Las Letanias, Tiro de Línea, El Porvenir y Montequinto.

En cada caso la información se recabó de forma individual directamente por el psiquiatra que atendía a las paciente. Todas fueron tratadas siempre por el mismo profesional.

No se oculta que el grupo control utilizado como representativo de población general no consultante constituye una muestra sesgada, puesto que las mujeres que lo integran proceden en su mayoría de un sector de población deficitario cultural y socialmente pero con inquietudes por mejorar sus condiciones de vida. Por ello, las conclusiones no pueden hacerse extensivas a la población general, pero sí que constituyen una referencia a la baja del índice de maltrato conyugal, ya que justamente estas mujeres, que asisten a deshoras a un centro de enseñanza para mejorar su nivel cultural, muestran una autoestima y autonomía que no suelen presentar las víctimas de malos tratos, por lo que cabría suponer que la prevalencia de malos tratos conyugales en la muestra de estudio es inferior a la real. Por otra parte, la muestra cumple perfectamente su objetivo de servir de control al grupo de estudio de mujeres consultantes, puesto que la integran mujeres no consultantes cuyas características socioculturales no difieren significativamente de las primeras. Para el estudio estadístico de los datos se utilizó el paquete de programas

estadísticos para aplicaciones biomédicas BMDP; concretamente, se realizaron estudios de descripción simple y tratamiento de datos (1D), tablas de frecuencia de doble y múltiple entrada (4F), análisis de factores principales (4M) y análisis de *cluster* de variables (1M), los cuáles serán especificados en cada caso.

Por otro lado, hay que puntualizar lo siguiente: la muestra de mujeres no consultantes está formada por población urbana (Centros de Educación de adultos ya mencionados -p.116-) y población rural (Centro de Adultos de Sanlúcar la Mayor), lo cual permite comprobar si hay diferencias significativas entre ambos tipos de población, urbana y rural, para la variable objeto de estudio: los malos tratos conyugales (MTC). Lógicamente como grupo control para comparar con las mujeres consultantes se utilizó exclusivamente a mujeres procedentes del mismo habitat, rural (Aljarafe) o urbano (zonas Sur y Este de Sevilla capital) con objeto de que no hubiera diferencias sociodemográficas que restaran validez a los resultados.

En la Tabla I se detalla la distribución y origen de la muestra de mujeres que componen la investigación.

<b>Población General</b>	URBANA: Sevilla Capital Sur-Este	<b>102</b>
	RURAL: Aljarafe de Sevilla	<b>18</b>
	SUBTOTAL:	<b>120</b>
<b>Población Consultante</b>	URBANA: Sevilla Capital Sur-Este	<b>15</b>
	RURAL: Aljarafe de Sevilla	<b>35</b>
	SUBTOTAL:	<b>50</b>
<b>TOTAL:</b>		<b>170</b>

Por último, a aquellas mujeres consultantes que referían antecedentes personales de malos tratos conyugales, fuesen actuales o no, se les propuso una nueva entrevista más elaborada y que comportaba mayor implicación personal. De manera que con este grupo de mujeres consultantes víctimas de malos tratos conyugales se realizó un estudio psicopatológico más profundo y completo para el que se ha diseñado una entrevista semiestructurada (protocolo C en Anexo III) a fin de aclarar el tipo de relación existente entre los malos tratos y la patología presentada en cada caso por la mujer, así como un estudio de personalidad o perfil de la paciente agredida y su imagen de la figura agresora, antecedentes familiares y personales de la víctima y el agresor, malos tratos añadidos a menores o ancianos, etc,...

Estas últimas entrevistas a mujeres con tratamiento psiquiátrico y antecedentes de malos tratos conyugales son, obviamente, más extensas, cuidadas y delicadas, pero también han permitido una labor de terapia breve de apoyo y asesoramiento sobre cuestiones legales y sociales, y la recogida de sus demandas, lo que puede enriquecer la labor en curso al mismo tiempo que ofrece otras formas de asistencia, no menos necesarias e importantes que la estrictamente médica, en los Equipos de Salud mental y Atención Primaria, contribuyendo en la medida de lo posible a paliar y prevenir problemáticas sociosanitarias más graves utilizando recursos de atención ya existentes y de fácil acceso a la mujer.

### **3. Malos tratos conyugales en población general del Aljarafe de Sevilla y Areas Sur y Este de Sevilla capital.**

#### **3.1. Obtención de la muestra.**

Como se ha comentado en el apartado precedente, constituye éste el grupo representativo de mujeres de la población general que va a ser utilizado como grupo control, frente al grupo de estudio constituido por mujeres consultantes. Se trata de una muestra integrada por 120 mujeres que asistían a los Centros de Enseñanza de Adultos citados en pg. 116.

La elección del Centro de Educación de Adultos de Sanlúcar La Mayor, como grupo control para la población rural, estuvo condicionada al hecho de que la muestra rural consultante de estudio pertenecía a esta localidad, y era de suponer que las características sociodemográficas y culturales serían así similares y, por tanto, no implicarían distorsión importante en los resultados.

La distinción entre población urbana y rural permite además constatar si hay diferencia entre ambos tipos de población para la frecuencia de la variable estudiada (los malos tratos conyugales).

La selección de los centros urbanos de educación de adultos fue, asimismo, totalmente aleatoria entre los que componen la totalidad de los existentes en las zonas Sur y Este de Sevilla Capital. En la tabla II queda reflejada la distribución de las mujeres de la población general por centros y zonas de procedencia.

**TABLA II**  
**Distribución de mujeres no consultantes**

<b>Urbana</b>	C.E.A. "Las Aguilas"	<b>38</b>
	C.E.A. de Rochelambert	<b>64</b>
	<b>SUBTOTAL:</b>	<b>102</b>
<b>Rural</b>	C.E.A. de Sanlúcar La Mayor	<b>18</b>
<b>TOTAL:</b>		<b>120</b>

El cuestionario (Protocolo A descrito en Anexo I) fué repartido por sus profesores a todos los alumnos de los centros de adultos seleccionados. Los profesores aclararon previamente cualquier duda relacionada con el protocolo. Los sujetos dispusieron de varios días para contestar el cuestionario de forma individual.

Por último, la hoja de respuestas se entregaba anónimamente durante los debates realizados en los respectivos centros en torno al tema de los malos tratos en la pareja.

## 3.2. Resultados.

### 3.2.1. *Malos tratos conyugales en mujeres no consultantes procedentes de áreas urbanas: Sevilla capital.*

Este grupo constituye la muestra de estudio de malos tratos conyugales en población general urbana. Lo integran 102 mujeres residentes en las zonas Sur y Este de Sevilla capital (Tabla II). El método de obtención de la muestra y la recogida de información han sido descritos en pg. 120.

En la Tabla III se describen las características sociodemográficas de este grupo de mujeres.

Se trata en su mayoría de mujeres casadas (66,7%), un 20,6% eran solteras, el 8,8% viudas y el 3,9% separadas.

La edad promedio de las mujeres era de 41,24 años y la de sus cónyuges de 44,7 años. Entre las casadas la media de años de matrimonio era de 18,23 años y el número de hijos de 2 por pareja.

El 25,5% eran analfabetas que estaban aprendiendo a leer y escribir, un 16,7% intentaban obtener los Estudios Primarios, el 39,2% el Certificado Escolar y un 20,6% el Graduado Escolar.

Predominaban las amas de casa (69,6%), un 8,8% limpiaban por horas, un 2% ayudaba en negocios familiares, otro 2% eran obreras fijas, un 2,9% eran paradas que cobraban el subsidio de desempleo, un 4,9% realizaban trabajos temporales, un 2,9% eran pensionistas (pensión de viudedad, enfermedad o separación) y un 10,9% eran paradas que no cobraban el subsidio de desempleo.

Entre las ocupaciones de los cónyuges figuraban: obreros fijos (43,1%), negocio propio (5,9%), ayudantes en negocio familiar (1%),

**TABLA III**  
**Población general urbana:**  
**Características sociodemográficas.**

<b>Edad (x)</b>		<b>41,24</b>
<b>Estado Civil</b>	Casadas	<b>66,7%</b>
	Solteras	<b>20,6%</b>
	Viudas	<b>8,8%</b>
	Separadas	<b>3,9%</b>
<b>Años de Matrimonio (x)</b>		<b>18,23</b>
<b>Años de Separación, en su caso (x)</b>		<b>1,3</b>
<b>Número de Hijos (x)</b>		<b>2</b>
<b>Nivel de Educación</b>	Analfabeta	<b>25,5%</b>
	Estudios primarios	<b>16,7%</b>
	Certificado escolar	<b>39,2%</b>
	Graduado escolar	<b>20,6%</b>
<b>Situación Laboral</b>	Ama de Casa	<b>69,6%</b>
	Limpieza/horas	<b>8,8%</b>
	Ayuda Negocio familiar	<b>2%</b>
	Negocio propio	<b>0%</b>
	Empleada fija	<b>2%</b>
	Parada con subsidio	<b>2,9%</b>
	Trabajo temporal	<b>4,9%</b>
	Pensionista	<b>2,9%</b>
	Parada sin subsidio	<b>10,9%</b>

“amo de casa” (1%), parado con subsidio de desempleo (3,9%), trabajos temporales (8,8%), pensionista (7,8%) (Tabla IV).

**TABLA IV**  
**Población general urbana:**  
**Datos sociodemográficos de los conyuges**

<b>Edad (x)</b>		<b>44,7</b>
<b>Nivel de educación del conyuge</b>	Analfabeto	2%
	Analfabeto funcional	6,9%
	Estudios primarios	19,6%
	Certificado escolar	8,8%
	Graduado escolar	19,6%
	FP 2º Gº, BUP o COU	6,9%
	Titulación media	6,9%
	Titulación Superior	2,9%
<b>Situación laboral</b>	Tareas domésticas	1%
	Limpieza/horas	0%
	Ayuda Negocio familiar	1%
	Negocio propio	5,9%
	Empleado fijo	43,1%
	Parado con subsidio	3,9%
	Trabajo temporal	8,8%
	Pensionista	7,8%
	Parado sin subsidio	0%



Respecto al nivel de educación de los cónyuges, el 2% no sabía leer ni escribir, el 6,9% eran analfabetos funcionales, un 19,6% tenían Estudios Primarios, el 8,8% Certificado Escolar, un 19,6% Graduado Escolar, el 6,9% Formación Profesional de 2º Grado, BUP o COU, otro 6,9% contaba con titulación media y un 2,9% con titulación superior (Tabla IV).

El 5,9% de las mujeres se definían ateas aunque de formación católica. La misma cifra (5,9%) se consideraban no creyentes. La mayoría se incluían en el epígrafe “formación católica, creyente, no practicante” (68,6%). El 17,6% eran creyentes practicantes, y sólo un 1% pertenecía a otras religiones (Tabla V).

**TABLA V**  
**Población general urbana:**  
**Creencias religiosas.**

Formación Católica. Ateísmo	5,9%
Formación Católica. No Creyentes	5,9%
Form. Católica. Creyentes. No Practicantes	68,6%
Form. Católica. Creyentes. Practicantes	17,6%
Otras Religiones	1%

Casi todas (94,1%) opinaban que los malos tratos conyugales no se pueden consentir ni justificar en ningún caso. Un 5,9% pensaba que podían estar justificados en determinados casos, y un 1% los juzgaba lícitos y permisibles en la relación de pareja (Tabla VI).

Bajo el concepto de malos tratos psíquicos un 37,3% incluía el “gritar o levantar la voz en privado”, el 60,8% si ello ocurría en público, un 56,9% el insulto, y el 59,8% las amenazas de golpes (Tabla VI).

Entre los factores etiopatogénicos relacionados con los malos tratos conyugales el alcohol era citado por el 93,1% de las mujeres, los celos por el 77,5%, los problemas económicos (paro) por el 56,9%, los hijos no deseados por el 45,1%, la enfermedad mental por un 57,8%, y otras causas por el 21,6% de las mujeres (Tabla VI).

**TABLA VI**  
**Población general urbana:**  
**Opiniones sobre malos tratos conyugales.**

"Los MTC no se pueden consentir ni justificar en ningún caso"		94,1%
"Los MTC pueden justificarse en determinados casos"		5,9%
"Los MTC son lícitos en el matrimonio"		1%
<b>Considera Malos Tratos Psicológicos</b>	Gritarle en privado	37,3%
	Gritarle en público	60,8%
	Insultos	56,9%
	Amenazas	59,8%
<b>Los MTC estarían relacionados con...</b>	Alcohol	93,1%
	Celos	77,5%
	Paro (Problemas económicos)	56,9%
	Hijos no deseados	45,1%
	Enfermedad mental	57,8%
	Otros	21,6%

Entre las probables opciones de la mujer maltratada, que se proponían, un 2,9% eligió la de "soportar los malos tratos", un 33,3% pensaban que había que enfrentarse al cónyuge agresor, el 63,7%

abogaba por la separación, el 26,5% creían que debían informar de los malos tratos a familiares y amigos, y un 57,8% pensaba que los malos tratos conyugales debían ser denunciados a la autoridad. Otras actitudes, sin especificar, eran señaladas por el 6,9% de las mujeres (Tabla VII.a).

**TABLA VII.a**  
**Población general urbana:**  
**Reacción de la mujer a los MTC.**

<b>¿Cuál debería ser la reacción de la mujer maltratada?</b>	Soportarlo	<b>2,9%</b>
	Enfrentarse	<b>33,3%</b>
	Separarse	<b>63,7%</b>
	Hacerlo público	<b>26,5%</b>
	Denunciarlo	<b>57,8%</b>
	Otros	<b>6,9%</b>

El índice de malos tratos conyugales físicos en esta muestra urbana de población general fué del 8,82%, y la media de malos tratos psicológicos alcanzó al 24,5% de las mujeres (Tabla VII.b).

**TABLA VII.b**  
**Población general urbana:**  
**Incidencia de malos tratos conyugales.**

Malos tratos físicos	<b>8,82%</b>
Malos tratos psicológicos	<b>24,50%</b>

Cuando se agrupó el valor de las variables en función de que existiesen malos tratos físicos o psíquicos se hallaron los siguientes resultados:

Entre quienes habían sufrido malos tratos físicos había mayor número de solteras que en las no agredidas o quienes sufrían malos tratos psíquicos; en cambio, el porcentaje de mujeres casadas era mayor entre quienes referían malos tratos psíquicos. Entre las mujeres separadas existía mayor proporción de malos tratos, tanto físicos cuanto psíquicos, que en el resto.

En cuanto al nivel académico, entre las mujeres maltratadas físicamente predominaban ambos extremos: las mujeres analfabetas y aquellas que intentaban conseguir el Graduado Escolar. Quienes sufrían malos tratos psíquicos asistían al centro para conseguir el Certificado Escolar predominantemente.

Respecto a sus ocupaciones, entre las mujeres víctimas de malos tratos conyugales había menor número de amas de casa. Entre quienes sufrían agresiones físicas había más mujeres dedicadas a la limpieza por horas y desempleadas con subsidio. Y entre las que sufrían malos tratos psíquicos predominaban las obreras fijas y con trabajos temporales.

En cuanto a la actividad del cónyuge, sólo entre los maridos de las mujeres maltratadas había algunos casos en que éstos se ocupaban exclusivamente de las labores domésticas. Entre los cónyuges maltratantes predominan aquellos en situación de paro o con pensiones de invalidez.

En relación a la formación académica, aquellos que maltrataban eran predominantemente analfabetos funcionales, principalmente en el caso de los malos tratos físicos. Sin embargo, entre quienes maltrataban psíquicamente a su pareja también aparecen aquellos con formación media o superior sin que hubiese una distribución específica. Las mujeres víctimas de malos tratos se definían en su mayoría, desde el punto de vista religioso, como ateas y no creyentes.

El 100% de las víctimas de malos tratos en esta muestra pensaba

que éstos “no se pueden consentir ni justificar en ningún caso”. Sólo entre quienes no sufrían malos tratos había algunas mujeres que justificaban los MTC en determinados casos, o, incluso, los consideraba lícitos en las relaciones de pareja.

En las cuestiones referentes a qué se considera maltrato psíquico, existe una interesante diferencia según que las mujeres hubieran sufrido o no malos tratos, y si éstos eran físicos o psíquicos. Así, aquellas mujeres con malos tratos físicos dan menos importancia a que se les levante la voz en público o privado, siendo quienes sufren malos tratos psíquicos las que más unánimemente catalogan estas conductas de maltrato psicológico. En cambio, las mujeres con maltrato físico sí catalogaban las amenazas como una forma de maltrato, incluso en mayor medida que las víctimas de malos tratos psíquicos. Por último, las mujeres que recibieron malos tratos psíquicos o no habían sido maltratadas daban menos importancia a los golpes físicos.

Entre los factores relacionados con los malos tratos conyugales, aquellas que sufrían malos tratos físicos (sobre todo) o psíquicos daban menos valor etiológico al alcohol, los celos o el paro (mala situación económica). Las mujeres maltratadas físicamente daban mayor relevancia a los hijos no deseados como factor coadyuvante del maltrato. Y las víctimas de malos tratos psíquicos hacían más hincapié en la enfermedad mental del cónyuge.

En cuanto a cuál debía ser la actitud de la mujer maltratada, ninguna de las víctimas de malos tratos creía que éstos debían ser soportados, aunque ellas lo hubieran hecho (muy pocas se habían separado o los habían denunciado). En su mayoría se inclinaban por enfrentarse a su pareja, sobre todo en el caso de las víctimas de malos tratos físicos. Las mujeres maltratadas se muestran menos partidarias de la separación en el supuesto de MTC que las no agredidas. También se sitúan por debajo de la media en cuanto a la posibilidad de “hacerlo público a la familia o conocidos”. Las mujeres que sufren

malos tratos físicos se inclinan también, en mayor medida que las no victimizadas, por “denunciarlos a la autoridad”, aunque ellas no lo hicieron. En cambio, las mujeres que sufren malos tratos psíquicos no suelen ser partidarias de denunciarlos a la autoridad.

Respecto a la edad, las mujeres que sufrían malos tratos físicos eran las más jóvenes de la muestra, seguidas por las que sufrían malos tratos psíquicos. También eran las mujeres maltratadas quienes llevaban menos años de matrimonio y tenían mayor número de hijos (sobre todo las víctimas de malos tratos psíquicos).

En cuanto a la edad del cónyuge, los maltratadores físicos eran los más jóvenes (25,88 años de media) y los maltratadores psíquicos los de más edad (34,51 años).

### ***3.2.2. Malos tratos conyugales en mujeres no consultantes procedentes del área rural: zona del Aljarafe de Sevilla.***

Estas mujeres, representativas de la población general (no consultante) de la zona rural del Aljarafe de Sevilla, fueron elegidas aleatoriamente entre quienes asistían al Centro de Educación de Adultos de Sanlúcar La Mayor. La muestra la componen 18 mujeres.

La edad media de las mujeres fué de 28,33 años. Llevaban viviendo en pareja un promedio de 12,2 años y contaban con una media de hijos de 2,5 (Tabla VIII).

Un 44,4% de ellas eran solteras, la misma proporción (44,4%) casadas, y un 11,1% separadas (Tabla VIII).

El 22,2% eran analfabetas, el 66,7% preparaban los Estudios Primarios y un 11,1% el Graduado Escolar (Tabla VIII).

**TABLA VIII**  
**Población general rural:**  
**Características sociodemográficas.**

<b>Edad (x)</b>		<b>28,33</b>
<b>Estado civil</b>	Casadas	<b>44,4%</b>
	Solteras	<b>44,4%</b>
	Viudas	<b>0 %</b>
	Separadas	<b>11,1%</b>
<b>Años de matrimonio</b>		<b>12,2</b>
<b>Años de separación, en su caso (x)</b>		<b>7</b>
<b>Número de hijos (x)</b>		<b>2,5</b>
<b>Nivel de educación</b>	Analfabeta	<b>22,2%</b>
	Estudios primarios	<b>66,7%</b>
	Certificado escolar	<b>0 %</b>
	Graduado escolar	<b>11,1%</b>
<b>Situación laboral</b>	Ama de Casa	<b>66,7%</b>
	Limpieza/horas	<b>11,1%</b>
	Ayuda Negocio familiar	<b>0 %</b>
	Negocio propio	<b>0 %</b>
	Empleada fija	<b>5,6%</b>
	Parada con subsidio	<b>0 %</b>
	Trabajo temporal	<b>5,6%</b>
	Pensionista	<b>0 %</b>
	Parada sin subsidio	<b>11,1%</b>

El 66,7% de las mujeres de la muestra eran amas de casa, el 11,1% se dedicaban a la limpieza doméstica por horas, un 5,6% eran empleadas fijas, otro 5,6% realizaba trabajos temporales y un 11,1% estaban en paro sin cobrar el subsidio de desempleo (Tabla VIII).

**TABLA IX**  
**Población general rural:**  
**Datos sociodemográficos de los cónyuges**

<b>Edad (x)</b>		<b>33,45</b>
<b>Nivel de educación del conyuge</b>	Analfabeto	<b>0 %</b>
	Analfabeto funcional	<b>16,7%</b>
	Estudios primarios	<b>33,3%</b>
	Certificado escolar	<b>0 %</b>
	Graduado escolar	<b>5,6%</b>
	FP 2º Gº, BUP o COU	<b>5,6%</b>
	Titulación media	<b>0 %</b>
	Titulación Superior	<b>0 %</b>
<b>Situación laboral</b>	Tareas domésticas	<b>0 %</b>
	Limpieza/horas	<b>0%</b>
	Ayuda Negocio familiar	<b>0 %</b>
	Negocio propio	<b>22,2%</b>
	Empleado fijo	<b>11,1%</b>
	Parado con subsidio	<b>5,6%</b>
	Trabajo temporal	<b>22,2%</b>
	Pensionista	<b>0 %</b>
	Parado sin subsidio	<b>0 %</b>



Entre las ocupaciones de sus cónyuges se halló que un 22,2% contaba con negocio propio, el 11,1% eran obreros fijos, el 5,6% recibían la ayuda por desempleo y un 22,2% realizaban trabajos temporales (Tabla IX).

La formación académica de los cónyuges era la siguiente: 16,7% eran analfabetos funcionales (la mayoría de ellos sabía leer y escribir muy rudimentariamente), el 33,3% había realizado los Estudios Primarios, el 5,6% disponía del Graduado Escolar y un 5,6% de Formación Profesional de 2º Grado, BUP o COU (Tabla IX).

Respecto a las creencias religiosas de estas mujeres, un 5,6% se consideraban ateas, el 61,1% católicas creyentes no practicantes y el 33,3% católicas creyentes practicantes (Tabla X).

**TABLA X**  
**Población general rural:**  
**Creencias religiosas.**

<b>Formación Católica. Ateísmo</b>	<b>5,6%</b>
<b>Formación Católica. No Creyentes</b>	<b>0 %</b>
<b>Form. Católica. Creyentes. No Practicantes</b>	<b>61,1%</b>
<b>Form. Católica. Creyentes. Practicantes</b>	<b>33,3%</b>
<b>Otras Religiones</b>	<b>0 %</b>

El 94,4% de la muestra opinaba que los malos tratos conyugales no están justificados en ningún caso, y el 5,6% creía que sí en determinados casos (Tabla XI).

Un 44,4% incluiría entre los malos tratos psíquicos el “gritar o levantar la voz en privado”, también el 44,4% incluiría el “gritar o levantar la voz en público”, el 55,6% consideraría maltrato psíquico los insultos y el 50% de estas mujeres las amenazas de golpes (Tabla XI).

Entre los factores relacionados con los malos tratos conyugales el alcohol apareció en el 72,2% de las respuestas, los celos en el 44,4%, el paro o problemas económicos en un 22,2%, los hijos no deseados en un 11,1% y la enfermedad mental en el 33,9% de los casos; un 5,6% de las mujeres también señaló el ítem "otros" sin especificarlos (Tabla XI).

**TABLA XI**  
**Población general rural:**  
**Opiniones sobre malos tratos conyugales.**

"Los MTC no se pueden consentir ni justificar en ningún caso"		94,4%
"Los MTC pueden justificarse en determinados casos"		5,6%
"Los MTC son lícitos en el matrimonio"		0 %
<b>Considera Malos Tratos Psicológicos</b>	Gritarle en privado	44,4%
	Gritarle en público	44,4%
	Insultos	56,6%
	Amenazas	50%
<b>Los MTC estarían relacionados con...</b>	Alcohol	72,2%
	Celos	44,4%
	Paro (Problemas económicos)	22,2%
	Hijos no deseados	11,1%
	Enfermedad mental	33,9%
	Otros	5,6%

Ninguna creía que los malos tratos conyugales debían ser soportados. Un 16,7% creía que había que enfrentarse al agresor, el 55,6%

abogaba por la separación de la pareja, el 16,7% creía que debía hacerse público a la familia y conocidos, y un 50% pensaba que los malos tratos debían ser denunciados a la autoridad (Tabla XII)

**TABLA XII**  
**Población general rural:**  
**Reacción de la mujer a los MTC.**

<b>¿Cuál debería ser la reacción de la mujer maltratada?</b>	Soportarlo	<b>0 %</b>
	Enfrentarse	<b>16,7%</b>
	Separarse	<b>55,6%</b>
	Hacerlo público	<b>16,7%</b>
	Denunciarlo	<b>50 %</b>
	Otros	<b>0 %</b>

La incidencia de malos tratos psíquicos y físicos coincidía en el 5,88% de la muestra (Tabla XIII).

**TABLA XIII**  
**Población general rural:**  
**Incidencia de malos tratos conyugales.**

Malos tratos físicos	<b>5,88%</b>
Malos tratos psicológicos	<b>5,88%</b>

### **3.2.3. Comparación de malos tratos conyugales entre población general (no consultante) de áreas urbana y rural.**

Para realizar el estudio estadístico comparativo entre las muestras de mujeres no consultantes en dispositivos de Salud Mental procedentes de áreas urbana y rural se ha utilizado el BMDP4F. Analizando el Coeficiente de Pearson para la Prueba Chi Cuadrado, se halló diferencias significativas entre ambas muestras referidas a las siguientes variables:

El número de mujeres solteras era significativamente mayor en la muestra de población rural. No hubo más diferencias significativas en otros estados civiles, niveles educativos, ocupaciones o actividades laborales.

Respecto a la actividad laboral del cónyuge sí había diferencias significativas: en el ámbito rural había una mayor proporción de sujetos con negocio propio y menos empleados fijos. Las muestras fueron similares en cuanto a la formación académica de los cónyuges incluidos en el estudio. No había discrepancias significativas en relación a las creencias religiosas de las mujeres de zona rural y urbana; ni diferían tampoco en cuanto a si consideraban o no lícitos los malos tratos conyugales, o, qué conductas incluirían entre los malos tratos psicológicos.

Sin embargo, no daban el mismo valor etiológico a los factores apuntados como probables coadyuvantes de los malos tratos conyugales. Entre la población urbana se daba más importancia al alcohol, los celos, el paro y los hijos no deseados que entre las mujeres de residencia rural.

Las mujeres de zona rural y urbana dieron las mismas respuestas acerca de cuáles debían ser las actitudes y reacciones de la mujer maltratada por su pareja. Por último, tampoco hubo diferencia significativa respecto a la incidencia de malos tratos conyugales.

### **3.2.4. Malos tratos conyugales a mujeres en población general.**

Reuniendo ambas muestras de mujeres de las áreas urbanas del Sur y Este de Sevilla capital y de la zona rural del Aljarafe de Sevilla, se obtuvo un grupo de 120 mujeres pertenecientes a la población general (no consultante) a cuyas respuestas se les aplicó el BMDP1D el cual arrojó los siguientes resultados:

La muestra de población general estaba constituida en su mayoría por mujeres casadas (63%). Del resto, el 24% eran solteras, el 7,5% viudas y el 5% separadas (Tabla XIV). Las experiencias de malos tratos físicos predominaban entre las separadas y solteras. Y los antecedentes de malos tratos psíquicos entre separadas y casadas.

Respecto al nivel de formación, el 25% eran analfabetas, un 24,2% preparaban los Estudios Primarios, el 32,5% el Certificado Escolar y el 19,2% el Graduado Escolar (Tabla XIV). Los malos tratos físicos eran más frecuentes entre las mujeres que no sabían leer ni escribir y entre quienes intentaban obtener el Graduado Escolar. Los malos tratos psicológicos aparecían con más frecuencia entre quienes estudiaban para el Certificado Escolar (Tabla XIV).

El 69,2% de la muestra general ejercían como amas de casa exclusivamente. Un 9,2% limpiaba por horas. El 1,7% ayudaba en negocios familiares. Ninguna contaba con negocio propio. Un 2,5% eran empleadas fijas. El mismo porcentaje (2,5%) eran paradas con subsidio. Un 5% realizaba trabajos temporales. El 2,5% eran pensionistas (viudedad, separación) y un 10,8% paradas sin subsidio (Tabla XIV).

Los malos tratos físicos los sufrían principalmente las mujeres dedicadas a la limpieza por horas, paradas con subsidio y quienes realizaban trabajos temporales. Los malos tratos psíquicos predominaban sobre todo entre las empleadas fijas y paradas con y sin subsidio. Se

**TABLA XIV**  
**Población general (urbana y rural):**  
**Características sociodemográficas.**

<b>Edad (x)</b>		<b>39,3</b>
<b>Estado civil</b>	Casadas	<b>63 %</b>
	Solteras	<b>24 %</b>
	Viudas	<b>7,5 %</b>
	Separadas	<b>5 %</b>
<b>Años de matrimonio (x)</b>		<b>15,4</b>
<b>Años de separación, en su caso (x)</b>		<b>1,2</b>
<b>Número de hijos (x)</b>		<b>2</b>
<b>Nivel de educación</b>	Analfabeta	<b>25 %</b>
	Estudios primarios	<b>24,2%</b>
	Certificado escolar	<b>32,5%</b>
	Graduado escolar	<b>19,2%</b>
<b>Situación laboral</b>	Ama de Casa	<b>69,2%</b>
	Limpieza/horas	<b>9,2%</b>
	Ayuda Negocio familiar	<b>1,7%</b>
	Negocio propio	<b>0 %</b>
	Empleada fija	<b>2,5%</b>
	Parada con subsidio	<b>2,5%</b>
	Trabajo temporal	<b>5 %</b>
	Pensionista	<b>2,5%</b>
	Parada sin subsidio	<b>10,8%</b>

observa que entre las mujeres que no realizaban ninguna actividad extradoméstica (amas de casa “sensu strictu”) la frecuencia de malos tratos conyugales (físicos y psíquicos) era menor. No hubo ningún caso de maltrato entre las mujeres que ayudaban al negocio familiar.

Los cónyuges eran fundamentalmente obreros fijos (38,3%). Sólo un 8% se responsabilizaba de las tareas domésticas. Un 3% ayudaba al negocio familiar, un 8,3% contaba con negocio propio. El 4,2% cobraba el subsidio de desempleo, el 10,8% trabajaba temporalmente. Y el 6,7% cobraba alguna pensión de invalidez (Tabla XV). Más frecuentemente, los agresores físicos eran quienes realizaban exclusivamente las labores domésticas, estaban en paro o recibían alguna pensión por incapacidad laboral. Entre quienes infligían malos tratos psicológicos se incluían, además de los mismos anteriores (los “amos de casa”, parados con subsidio y pensionistas), los empleados fijos.

Los compañeros de las mujeres encuestadas no sabían leer ni escribir en un 1,7% de los casos. Un 3,3% eran analfabetos funcionales. Los Estudios Primarios los tenían el 21,7%, el Certificado Escolar el 7,5% de la muestra, el Graduado Escolar el 17,5%, y el 6,7% contaba con Formación Profesional de 2º Grado, BUP o COU. Un 5,8% eran titulados medios y un 2,5% eran titulados superiores (Tabla XV). Los malos tratos físicos eran más frecuentes entre analfabetos funcionales sobre todo, y los malos tratos psicológicos, además de entre quienes sabían leer y escribir muy rudimentariamente, entre los titulados medios sobre todo y los titulados superiores.

Es decir, los agresores se distribuían por todos los niveles educativos sin distinción.

**TABLA XV**  
**Población general (urbana y rural):**  
**Datos sociodemográficos de los cónyuges**

<b>Edad (x)</b>		<b>43,2</b>
<b>Nivel de educación del conyuge</b>	Analfabeto	1,7%
	Analfabeto funcional	3,3%
	Estudios primarios	21,7%
	Certificado escolar	7,5%
	Graduado escolar	17,5%
	FP 2º Gº, BUP o COU	6,7%
	Titulación media	5,8%
	Titulación Superior	2,5%
<b>Situación laboral</b>	Tareas domésticas	8 %
	Limpieza/horas	0 %
	Ayuda Negocio familiar	3 %
	Negocio propio	8,3%
	Empleado fijo	38,3%
	Parado con subsidio	4,2%
	Trabajo temporal	10,8%
	Pensionista	6,7%
	Parado sin subsidio	0 %

Un 5,8% de las mujeres que integraban la muestra objeto de estudio se proclamaban ateas; un 5% de formación católica pero no



creyentes. El 67,5% eran católicas creyentes no practicantes y sólo un 0,8% profesaban otras religiones (Tabla XVI). Los malos tratos físicos y psíquicos habían sido mas frecuentes entre las mujeres que actualmente se definían como ateas y no creyentes.

**TABLA XVI**  
**Población general (urbana y rural):**  
**Creencias religiosas.**

Formación Católica. Ateísmo	5,8%
Formacion Católica. No Creyentes	5 %
Form. Católica. Creyentes. No Practicantes	67,5%
Form. Católica. Creyentes. Practicantes	20,9%
Otras Religiones	0,8%

El 94,2% de las preguntadas opinaban que los malos tratos conyugales no se pueden justificar ni consentir en ningún caso. Esta opinión la sostenía el 100% de las maltratadas. Que los malos tratos pueden estar justificados en determinados casos lo mantenían el 5,8% de las mujeres (ninguna de ellas había sufrido malos tratos conyugales) (Tabla XVII).

La mayoría estaba de acuerdo en considerar que gritar o levantar la voz en público (58,3%), los insultos (56,7%) y las amenazas (68,3%) eran formas de malos tratos psicológicos. Un 38,3% incluía también el gritar o levantar la voz en privado (Tabla XVII).

Las mujeres que habían sufrido malos tratos psíquicos poseían un concepto más amplio sobre los mismos. En cambio, las mujeres con antecedentes de malos tratos físicos sólo superaban a la media en la consideración como malos tratos psicológicos de las amenazas; en el resto de los items daban menos importancia a estas conductas.

Entre algunos de los posibles factores relacionados con los malos tratos conyugales, el alcohol apareció en el 90% de las respuestas, los celos en un 72,5%, el paro y problemas económicos en el 51,7%, los hijos no deseados en un 40% y la enfermedad mental en el 55% (otros, 19,2%) (Tabla XVII).

**TABLA XVII**  
**Población general (urbana y rural):**  
**Opiniones sobre malos tratos conyugales.**

"Los MTC no se pueden consentir ni justificar en ningún caso"		<b>94,2%</b>
"Los MTC pueden justificarse en determinados casos"		<b>5,8%</b>
"Los MTC son lícitos en el matrimonio"		<b>0 %</b>
<b>Considera Malos Tratos Psicológicos</b>	Gritarle en privado	<b>38,3%</b>
	Gritarle en público	<b>58,3%</b>
	Insultos	<b>56,7%</b>
	Amenazas	<b>68,3%</b>
<b>Los MTC estarían relacionados con...</b>	Alcohol	<b>90 %</b>
	Celos	<b>72,5%</b>
	Paro (Problemas económicos)	<b>51,7%</b>
	Hijos no deseados	<b>40 %</b>
	Enfermedad mental	<b>55 %</b>
	Otros	<b>19,2%</b>

Había una marcada diferencia entre quienes habían sufrido o no malos tratos conyugales en cuanto a la valoración de estos factores. Las mujeres agredidas físicamente daban menos importancia al

alcohol, los celos y el paro, y mucha más que el resto a los hijos no deseados (embarazo prematrimonial, sobre todo) y otros. Quienes recibieron malos tratos psicológicos dieron más valor a la enfermedad mental y otros.

Un 2,5% de las mujeres incluidas en el estudio pensaba que los malos tratos conyugales debían ser soportados. Obviamente ninguna de ellas había sufrido malos tratos. Un 30,8% creía que la mujer agredida debía enfrentarse a su pareja. Un 62,5% optaba por la separación. Un 25% lo haría público (a familiares y conocidos). Y un 56,7% denunciarían los malos tratos conyugales a la autoridad (Tabla XVIII).

**TABLA XVIII**  
**Población general (urbana y rural):**  
**Reacción de la mujer a los MTC.**

¿Cuál debería ser la reacción de la mujer maltratada?	Soportarlo	2,5%
	Enfrentarse	30,8%
	Separarse	62,5%
	Hacerlo público	25 %
	Denunciarlo	56,7%
	Otros	0 %

Las mujeres que sufren malos tratos físicos son las más partidarias de enfrentarse al agresor y de denunciarlo (aunque la mayoría de ellas no lo hubiera hecho) y piensan menos en la separación. Las mujeres que sufrían malos tratos psíquicos también se mostraban a favor del enfrentamiento y creían menos en la conveniencia de la separación, hacerlo público o denunciarlo.

La edad media de las mujeres era de 39,30 años siendo las que recibían malos tratos físicos, en promedio, más jóvenes (34,60 años).

La media de años de matrimonio fué de 15,4 años. Las mujeres que sufrían malos tratos físicos llevaban menos años de convivencia en general (13,9 años), y quienes sufrían malos tratos psicológicos más tiempo de matrimonio (16,5años).

La media de hijos fué de 2, siendo más alta entre quienes sufrían malos tratos (2,2 para los malos tratos físicos y 2,5 para los malos tratos psíquicos) que entre quienes no los sufrían.

La edad del cónyuge también era menor en los casos de malos tratos físicos.

Por último, la frecuencia de malos tratos físicos fué de 8,33% y la de malos tratos psicológicos de 21,66% (Tabla XIX).

**TABLA XIX**  
**Población general (urbana y rural):**  
**Incidencia de malos tratos conyugales.**

Malos tratos físicos	8,33%
Malos tratos psicológicos	21,66%

## **4. Malos tratos conyugales en población consultante en los servicios de salud mental (zona del Aljarafe de Sevilla y Sevilla capital).**

### **4.1. Malos tratos conyugales en mujeres consultantes en un Centro de Salud Mental rural: Aljarafe de Sevilla.**

El número de casos que componen la muestra de mujeres consultantes en el Centro de Salud Mental "Aljarafe" de Sevilla es de 35. Estas mujeres fueron seleccionadas aleatoriamente entre todas las que consultaron en dicho centro durante un periodo de 6 meses. Se descartaron aquellas pacientes con patología psiquiátrica mayor del tipo de los Trastornos Psicóticos, patología orgánica cerebral o Trastornos Depresivos graves.

En su mayoría se trata de mujeres casadas (85,7%) frente a un 2,9% de solteras y un 1,14% de separadas. No hubo ningún caso de viudedad (Tabla XX). La media de edad de las mujeres de la muestra fué de 44,25 años, con un promedio de 19,02 años de vida matrimonial y 0,57 años de separación de media entre las separadas. El número de hijos se cifraba en 2,45 por pareja. La edad promedio de los cónyuges fué de 47,34.

El 51,4% eran analfabetas o sabían leer y escribir muy rudimentariamente. El 34,3% contaba con Estudios Primarios y el 5,7% con Certificado Escolar. Un 8,6% tenía el Graduado Escolar o Titulación Media. No hubo ninguna paciente con Titulación Superior (Tabla XX).

En cuanto a su ocupación el 54,3% eran amas de casa sin ocupación extradoméstica. Un 2,9% eran limpiadoras por horas. El 5,7%

ayudaban en negocios familiares. El 2,9% eran empleadas fijas. Un 2,29% realizaban trabajos temporales. El 1,14 cobraba una pensión de viudedad o separación. Ninguna estaba registrada como parada con o sin subsidio de desempleo (Tabla XX).

Entre las ocupaciones de los respectivos cónyuges predominan los obreros fijos (31,4%). Ninguno se responsabilizaba de las tareas domésticas. El 2,9% ayudaba en negocios familiares. Un 17,1% contaba con negocio propio (Tabla XXI).

El 5,7% cobraba subsidio de desempleo. Un 28,6% realizaba trabajos temporales. El 8,6% cobraba algún tipo de pensión de enfermedad o minusvalía y el 5,7% estaba parado sin cobrar la ayuda de desempleo (Tabla XXI).

En cuanto a la formación del cónyuge, el 11,4% eran analfabetos. El 42,9% sabían leer y escribir exclusivamente. El 1,71% contaba con Estudios Primarios y el 5,7% con Certificado Escolar. Un 8,6% había cursado Graduado Escolar. Otro 8,6% realizó FP de 2º Grado, BUP o COU y el 5,7% contaba con Titulación Media. Ninguno tenía Titulación Superior (Tabla XXI).

**TABLA XX**  
**Población consultante rural:**  
**Características sociodemográficas.**

<b>Edad (x)</b>		<b>44,2</b>
<b>Estado civil</b>	Casadas	<b>85,7%</b>
	Solteras	<b>2,9%</b>
	Viudas	<b>0 %</b>
	Separadas	<b>1,14%</b>
<b>Años de matrimonio (x)</b>		<b>19,02</b>
<b>Años de separación, en su caso (x)</b>		<b>0,57</b>
<b>Número de hijos (x)</b>		<b>2,45</b>
<b>Nivel de educación</b>	Analfabeta	<b>51,4%</b>
	Estudios primarios	<b>34,3%</b>
	Certificado escolar	<b>5,7%</b>
	Graduado escolar	<b>8,6%</b>
<b>Situación laboral</b>	Ama de Casa	<b>54,3%</b>
	Limpieza/horas	<b>2,9%</b>
	Ayuda Negocio familiar	<b>5,7%</b>
	Negocio propio	<b>0 %</b>
	Empleada fija	<b>2,9%</b>
	Parada con subsidio	<b>0 %</b>
	Trabajo temporal	<b>2,29%</b>
	Pensionista	<b>1,14%</b>
	Parada sin subsidio	<b>0 %</b>

**TABLA XXI**  
**Población consultante rural:**  
**Datos sociodemográficos de los cónyuges.**

<b>Edad (x)</b>		<b>47,34</b>
<b>Nivel de educación del conyuge</b>	Analfabeto	<b>11,4%</b>
	Analfabeto funcional	<b>42,9%</b>
	Estudios primarios	<b>1,71%</b>
	Certificado escolar	<b>5,7%</b>
	Graduado escolar	<b>8,6%</b>
	FP 2º Gº, BUP o COU	<b>8,6%</b>
	Titulación media	<b>5,7%</b>
	Titulación Superior	<b>0 %</b>
<b>Situación laboral</b>	Tareas domésticas	<b>0 %</b>
	Limpieza/horas	<b>0 %</b>
	Ayuda Negocio familiar	<b>2,9%</b>
	Negocio propio	<b>17,1%</b>
	Empleado fijo	<b>31,4%</b>
	Parado con subsidio	<b>5,7%</b>
	Trabajo temporal	<b>28,6%</b>
	Pensionista	<b>8,6%</b>
	Parado sin subsidio	<b>5,7%</b>

De las creencias religiosas de las mujeres consultantes se recogía lo siguiente: un 2,9% se autodefinían ateas. Un 5,7% de educación



católica pero actualmente no creyentes, un 45,7% de formación católica, creyentes y no practicantes, un 42,9% de formación católica, creyentes y practicantes, y sólo un 2,9% profesaba otras religiones (Tabla XXII).

**TABLA XXII**  
**Población consultante rural:**  
**Creencias religiosas.**

Formación Católica. Ateísmo	2,9%
Formación Católica. No Creyentes	5,7%
Form. Católica. Creyentes. No Practicantes	45,7%
Form. Católica. Creyentes. Practicantes	42,9%
Otras Religiones	2,9%

El 74,3% opinaba que los malos tratos conyugales no se pueden consentir ni justificar en ningún caso. Un 25,7% creía que los malos tratos conyugales podían justificarse en determinadas circunstancias, pero ninguna los consideraba una conducta lícita en la relación de pareja (Tabla XXIII).

Un 28,6% consideraban maltrato psíquico que alguien les gritara o levantara la voz en privado. Un 35,7% sólo hablaba de maltrato si lo anterior ocurría en público. Un 94,3% consideraba los insultos como un forma de maltrato psicológico. Algo similar ocurría con las amenazas (94,3%) (Tabla XXIII).

El 77,1% consideraba que el abuso sexual en el matrimonio, entendido como "mantener relaciones sexuales en contra de la propia voluntad", es una forma de maltrato y una conducta ilícita.

**TABLA XXIII**  
**Población consultante rural:**  
**Opiniones sobre malos tratos conyugales.**

"Los MTC no se pueden consentir ni justificar en ningún caso"		<b>74,3%</b>
"Los MTC pueden justificarse en determinados casos"		<b>25,7%</b>
"Los MTC son lícitos en el matrimonio"		<b>0 %</b>
<b>Considera Malos Tratos Psicológicos</b>	Gritarle en privado	<b>28,6%</b>
	Gritarle en público	<b>35,7%</b>
	Insultos	<b>94,3%</b>
	Amenazas	<b>94,3%</b>
	Abuso sexual en el matrimonio	<b>77,1%</b>
<b>Los MTC estarían relacionados con...</b>	Alcohol	<b>77,1%</b>
	Celos	<b>71,4%</b>
	Paro (Problemas económicos)	<b>51,4%</b>
	Hijos no deseados	<b>2,29%</b>
	Enfermedad mental	<b>54,3%</b>
	Otros	<b>2,9%</b>

Entre los factores que estas mujeres relacionaban con los malos tratos conyugales, un 77,1% citaba el alcohol. Un 71,4% los celos. El 51,4% los relacionaba con el paro o problemas económicos. Un 2,29% con hijos no deseados. Un 54,3% con la enfermedad mental del agresor. El 2,29% señaló "otros" (Tabla XXIII).

Respecto a cuál debía ser la reacción o respuesta de la mujer a los malos tratos de su pareja, un 11,4% creía que debían ser soportados.

Un 22,9% que la mujer debía enfrentarse a su pareja. El 71,4% se separaría. Un 28,6% lo haría público a parientes, amigos o conocidos. Y tan sólo el 34,3% creía que los malos tratos conyugales deben ser denunciados. Un 2,9% se refería a otras actitudes (Tabla XXIV).

**TABLA XXIV**  
**Población consultante rural:**  
**Reacción de la mujer a los MTC.**

<b>¿Cuál debería ser la reacción de la mujer maltratada?</b>	Soportarlo	<b>11,4%</b>
	Enfrentarse	<b>22,9%</b>
	Separarse	<b>71,4%</b>
	Hacerlo público	<b>28,6%</b>
	Denunciarlo	<b>34,3%</b>
	Otros	<b>2,9%</b>

En la muestra estudiada el 37,14% de las mujeres había sufrido malos tratos físicos por su cónyuge y el 48,57% había sufrido malos tratos de tipo psíquico. Un 20% de estas mujeres reconocía haber sufrido abuso sexual en su matrimonio (Tabla XXV).

**TABLA XXV**  
**Población consultante rural:**  
**Incidencia de malos tratos conyugales.**

Malos tratos físicos	<b>37,14%</b>
Malos tratos psicológicos	<b>48,57%</b>
Abuso sexual en el matrimonio	<b>20 %</b>

En cuanto al diagnóstico del trastorno psicopatológico por el que eran atendidas en el Centro de Salud Mental existía un claro predominio de los Trastornos Afectivos (77,1%). Seguían los Trastornos Somatomorfos (22,9%) y Trastornos de Ansiedad (22,9%). Un 20% recibió el diagnóstico de Trastorno de Personalidad. No hubo ningún Trastorno Disociativo (o Histérico), sexual puro o del sueño. Un 2,9% presentaba otros diagnósticos menos comunes.

En este sentido no hay que olvidar que se había excluido de la muestra, por criterios de selección, a las mujeres con patología mayor, todos los tipos de psicosis y las demencias. Sólo un 1,14% presentaba síntomas psicóticos de escasa relevancia dentro de su cuadro afectivo (Tabla XXVI).

**TABLA XXVI**  
**Población consultante rural:**  
**Trastorno psicopatológico vs MTC.**

<b>Diagnóstico Psicopatológico</b>	Trastorno afectivo	<b>77,1%</b>
	Trastorno somatoforme	<b>22,9%</b>
	Trastorno de ansiedad	<b>22,9%</b>
	Trastorno de personalidad	<b>20 %</b>
	Trastorno disociativo	<b>0 %</b>
	Trastorno sexual puro	<b>0 %</b>
	Trastorno sueño puro	<b>0 %</b>
	Otro	<b>2,9%</b>
<b>Años de Evolución</b>		<b>4,85%</b>
<b>Síntomas Psicóticos</b>		<b>1,14%</b>

El tiempo medio de evolución de la enfermedad mental en estas mujeres fué de 4,85 años (Tabla XXVI).

Posteriormente se realizó un segundo estudio estadístico descriptivo, agrupando a las mujeres según sufrieran o no malos tratos físicos o psíquicos. Se obtuvieron los resultados siguientes:

Entre las mujeres que habían sufrido algún tipo de maltrato era mayor la frecuencia de mujeres separadas. No se entró a analizar si en esta muestra la existencia de malos tratos había sido causa de la separación, pero este dato parecía apuntar a ello.

Entre las mujeres que sufrían malos tratos predominaban aquellas que desempeñaban alguna ocupación extradoméstica que no les permitía la independencia total o estable (trabajos temporales, limpieza por horas, ayuda en negocio familiar,...) en contraposición a quienes ejercían exclusivamente como amas de casa, contaban con negocio propio o eran obreras fijas.

Entre los hombres que maltrataban a su pareja predominaban quienes participan en negocios familiares, o cuentan con negocio propio, parados con y sin subsidio de desempleo. En contraposición estaban los obreros fijos o pensionistas que presentaban menor índice de agresividad.

En cuanto al nivel educativo de los hombres que agredían a su pareja en la muestra consultante destacaban ambos extremos; es decir, aquellos que tenían menor formación (analfabetos totales o funcionales) y los de mayor nivel educativo (Titulación Media, FP de 2º Grado, BUP o COU), siendo menos frecuentes los malos tratos entre quienes contaban con Estudios Primarios, Certificado Escolar y Graduado Escolar.

En relación a las creencias religiosas, en los casos de malos tratos conyugales registrados las mujeres se definían fundamentalmente

como de educación católica pero no creyentes, o ateas. Y, concomitantemente, el grupo de mujeres que no habían sufrido malos tratos conyugales estaba formado principalmente por mujeres católicas creyentes (practicantes o no).

Como era de esperar, entre aquellas mujeres que habían sufrido malos tratos conyugales predominaba la opinión de que los malos tratos conyugales no se pueden consentir ni justificar en ningún caso. Así opinaban el 84,6% de las mujeres víctimas de maltrato físico y el 76,5% de las que sufrían maltrato psicológico, frente al 74,3% de la muestra total consultante.

En cuanto al concepto de maltrato psicológico, como se intuía, el orden de consenso en relación a la catalogación de maltrato era la siguiente: existe acuerdo prácticamente unánime en que las amenazas de golpes constituye un maltrato psicológico, seguido de los insultos y luego de “gritar o levantar la voz en público”, y por último, si esto ocurre en privado.

Entre las mujeres víctimas de malos tratos se dió más importancia a la enfermedad mental de la pareja agresora como factor relacionado con los malos tratos, especialmente entre las mujeres con malos tratos físicos. Las mujeres con maltrato psicológico además de éste puntuaron por encima de la media de población general, los celos, el paro y los hijos no deseados. En general, las mujeres que sufren malos tratos conyugales dan menos valor al alcohol como factor relacionado con la etiopatogenia de los malos tratos conyugales que la población general.

Otro item interesante se refería a la actitud que debía adoptar la mujer víctima de malos tratos conyugales. Las mujeres que sufrían malos tratos físicos eran las menos partidarias de que debían ser soportados y las que más se inclinaban por la denuncia a la autoridad. Las mujeres que sufrían malos tratos psíquicos eran quienes se mostraban menos partidarias de la denuncia a la autoridad y de ha-

cerlos públicos a familiares y conocidos, y sobrepasaban ligeramente a la media general de la muestra al considerar que los malos tratos deben ser soportados. Ambos tipos de mujeres maltratadas coincidían en considerar que la separación no era la respuesta más apropiada (las mujeres que no sufrían malos tratos eran quienes más se inclinaban por la separación) y coincidían también en la opinión de que no era aconsejable hacer públicos los malos tratos a familiares o conocidos.

Respecto a la edad, entre las mujeres consultantes en Salud Mental, aquellas que sufrían malos tratos (físicos o psicológicos) eran en promedio más jóvenes que el resto. Los malos tratos físicos predominaban en las parejas que llevaban menos años casados y los malos tratos psíquicos se solían presentar entre los matrimonios con más años de convivencia.

El número de hijos fué mayor entre las mujeres que sufrían malos tratos, tanto físicos como psicológicos.

En cuanto al abuso sexual en el matrimonio, las mujeres que sufrían malos tratos conyugales en general, pero sobre todo si éstos eran físicos, también se habían visto forzadas a mantener relaciones sexuales con su cónyuge en contra de su voluntad en mucha mayor proporción que el resto. Sin embargo, estas mismas mujeres daban menos importancia al abuso sexual en el matrimonio que el resto que no lo sufrían, de manera que en menor proporción catalogaban esta conducta como ilícita o una forma de maltrato (eran mucho más tolerantes en este sentido).

Psicopatológicamente, las mujeres que sufrían malos tratos de tipo psicológico presentaban en mayor medida que el resto Trastornos Afectivos y en menor proporción de la media sintomatología ansiosa. En cambio, las mujeres víctimas de malos tratos físicos consultaban en mayor proporción por Trastornos Somatoformes. Por último, las mujeres con malos tratos conyugales, en general, presenta-

ban un marcado aumento de Trastornos de Personalidad, además de otros tipos de patología menos frecuente.

El tiempo de evolución del cuadro psicopatológico era mucho más largo entre las mujeres que sufrían malos tratos físicos o psíquicos. también en ellas aparecía más patología mayor del tipo de síntomas psicóticos.

Como ocurría en otras formas de maltrato, las mujeres separadas eran quienes más habían sufrido abuso sexual por su pareja. Esta forma de maltrato también había sido más frecuente entre quienes ahora estudiaban para obtener el Certificado Escolar y el Graduado Escolar. Desde el punto de vista de la situación laboral, las mujeres que habían sufrido abuso sexual en la pareja se diferenciaban del resto por realizar fundamentalmente trabajos temporales o actividades de limpieza por horas. también eran quienes en la actualidad contaban con negocio propio casi exclusivamente.

En las parejas en las que existía abuso sexual, los hombres se dedicaban principalmente a negocios propios, trabajos temporales o bien estaban sin empleo y sin subsidio de paro. De los datos recogidos sobre su formación destacaba sobre todo el predominio de quienes contaban con el Graduado Escolar o con Formación Profesional de 2º Grado, BUP o COU.

Las mujeres que habían sufrido abuso sexual en el matrimonio se definían en la encuesta como no creyentes sobre todo. Se diferenciaban también del resto por su mayor sensibilización al concepto de malos tratos psicológicos. Relacionaban el maltrato psíquico principalmente con el alcohol (por encima de la media), con los celos, paro, hijos no deseados y con la enfermedad mental (siempre por encima de la media).

Curiosamente estas mujeres víctimas de abuso sexual eran quienes se mostraban más partidarias de que los malos tratos conyugales



hubieran de soportarse. Ninguna señaló la posibilidad de hacerlos públicos a familiares o conocidos; y, en menor proporción que la media, lo denunciarían. Todas ellas habían sufrido también malos tratos psicológicos (100%) y en casi todas (87,5%) los hubo de tipo físico.

Eran por lo general mujeres algo más jóvenes, con menos años de matrimonio y, en promedio, tenían más hijos que el resto.

Respecto al tipo de patología que presentaban, había una mayor incidencia de trastornos afectivos y de angustia y presentaban, en menor proporción, trastornos somatoformes y de personalidad. El tiempo de evolución de su cuadro sintomático era considerablemente mayor al de la media de mujeres consultantes.

#### **4.2. Malos tratos conyugales a mujeres consultantes en un Centro de Salud Mental urbano: Sevilla Sur.**

El número de casos que componen la muestra urbana de mujeres consultantes es de 15. Fueron seleccionados aleatoriamente entre todas las mujeres consultantes en el Centro de Salud Mental "Sur" de Sevilla Capital el cual atiende a una población de 140.000 habitantes distribuidos entre los barrios de La Oliva, Polígono Sur, 3.000 Viviendas, Las Letanias, Tiro de Línea, El Porvenir y Montequinto.

Como se ha señalado anteriormente, fueron descartadas aquellas pacientes con patología psiquiátrica mayor del tipo de los trastornos psicóticos, patología orgánica cerebral o trastornos depresivos graves.

La media de edad de las mujeres fué de 46 años, con 23,87 años de matrimonio como término medio, y 4,67 años de separación en el caso de separadas y divorciadas. La media de hijos por pareja fué de 3,267.

El 73,3% de las mujeres estudiadas eran casadas, un 6,7% solteras, la misma proporción (6,7%) viudas y el 13,3% separadas o divorciadas.

Un 86,7% eran analfabetas, sólo un 6,7% tenían el Certificado Escolar o el Graduado Escolar.

El 53,3% se dedicaban exclusivamente a las labores domésticas, un 40% limpiaban por horas, y el 6,7% recibía algún tipo de pensión o ayuda (viudedad, separación, enfermedad,...).

Sus cónyuges contaban con negocio propio en un 20% de los casos, eran obreros fijos en un 40%, se dedicaba a trabajos temporales un 6,7% y eran pensionistas (13,3%) o parados sin subsidio (13,3%).

La edad media de los cónyuges fué de 46,53 años.

Respecto al nivel de formación de los cónyuges, el 66,7% eran analfabetos funcionales, un 6,7% disponían de Certificado de Estudios Primarios, y un 20% cursaron Graduado Escolar.

De las respuestas dadas acerca de su práctica religiosa, el 6,7% de las mujeres se reconocían de formación católica no creyentes, el 73,3% de formación católica creyente no practicante, y un 20% de formación católica creyente y practicante.

Un 86,7% de las mujeres consultantes estudiadas opinaba que los malos tratos conyugales no se pueden consentir ni justificar en ningún caso, y el 13,3% pensaba que los MTC podían estar justificados en determinados casos.

Sobre el concepto de maltrato psicológico, un 33,3% hablaba de malos tratos psíquicos cuando le gritaban o levantaban la voz en privado, el 80% si esto ocurría en público, y el 100% si había insultos o amenazas.

Dentro de los factores potenciamente relacionados con los malos tratos conyugales, el alcohol fué señalado por el 86,7% de las mujeres, al igual que los celos (86,7%), el paro o escasez económica por el 46,7%, los hijos no deseados por el 40%, y la enfermedad mental por el 60%.

Sobre cuáles debían ser las reacciones de la mujer víctima de malos tratos conyugales, el 6,7% creía que éstos debían ser soportados, el 60% se enfrentarían al agresor, el 93,3% propugnaba la separación, un 26,7% pensaba también que debían hacerse públicos, y sólo el 46,7% consideraba adecuada la denuncia a la autoridad.

El 100% de las mujeres de la muestra consideraba que el abuso sexual en el matrimonio es una forma de maltrato psicológico. Un 46,7% de ellas lo habían padecido.

El diagnóstico más frecuentemente hallado era el de Trastorno Afectivo, en un 73,3% de los casos. Los Trastornos de Ansiedad aparecieron en un 33,3%, y los Trastornos de Personalidad en un 6,7%.

El tiempo medio de evolución fué de 10,2 años.

El 53,33% de las mujeres de este grupo de población habían sufrido malos tratos conyugales físicos y el 60% malos tratos psicológicos.

Cuando la respuestas de estas mujeres fueron agrupadas según que hubieran sufrido malos tratos físicos o psíquicos, se halló lo siguiente:

La mayoría de las mujeres consultantes víctimas de maltrato conyugal eran separadas y solteras. El 100% de las mismas eran analfabetas. Predominaban las mujeres dedicadas exclusivamente a las tareas domésticas o a la limpieza por horas. Sus cónyuges solían tener negocios propios, realizaban trabajos temporales o bien eran empleados fijos. Ninguno estaba parado sin subsidio y solían dis-

poner del Certificado de Estudios Primarios o del Graduado Escolar. Entre las víctimas de maltrato había mayor proporción de mujeres no creyentes y de creyentes practicantes. Eran unánimes al considerar que los MTC no se pueden consentir ni justificar en ningún caso. En general, las mujeres consultantes agredidas de este grupo incluían en el concepto de maltrato psicológico que les gritaran o levantaran la voz en privado en mayor proporción que sus compañeras de grupo no agredidas.

Entre los factores relacionados con el MTC, las mujeres víctimas del mismo diferían de las no agredidas en dar menos importancia al alcohol, más a los celos y a los problemas económicos (paro) e hijos no deseados.

A su juicio, las reacciones más apropiadas ante el maltrato eran soportarlo (sólo las víctimas de maltrato contestaron afirmativamente a esta posibilidad), hacerlo público a familiares o conocidos o denunciarlo. Se observó una menor tendencia en estas mujeres a la separación o enfrentamiento directo con la pareja.

Como en muestras anteriores, los malos tratos físicos se daban más frecuentemente en mujeres más jóvenes y con menos años de vida en pareja. Las mujeres con maltrato psicológico tenían, en promedio, más hijos.

Como era de esperar, el abuso sexual en el matrimonio era proporcionalmente más frecuente entre las víctimas de maltrato físico o psicológico.

Entre las mujeres agredidas predominaban los trastornos afectivos y trastornos de personalidad, y había menor número de trastornos de ansiedad.

Por último, el tiempo de evolución del trastorno psicopatológico era mayor en el caso de las mujeres agredidas.

### **4.3. Comparación entre áreas urbana y rural, de malos tratos conyugales a mujeres consultantes en Servicios de Salud Mental.**

Utilizando el mismo parámetro estadístico para comparación de muestras reseñado en 3.2.3. (Coeficiente de Pearson para la Prueba Chi Cuadrado) se encontró que había diferencias significativas entre los grupos urbano y rural de mujeres consultantes respecto a la educación: las mujeres consultantes de zonas urbanas eran en promedio más analfabetas que las de área rural. En este sentido había significativamente mayor proporción de mujeres consultantes rurales con Estudios Primarios. No hubo más diferencias significativas en otros niveles educativos ni en estado civil.

Respecto a la actividad laboral, ambos grupos diferían significativamente en cuanto al número de mujeres dedicadas a la limpieza por horas (mayor en zonas urbanas) y las que desempeñaban trabajos temporales (mayor en área rural).

No hubo discrepancias respecto a otras características sociodemográficas de las mujeres o sus cónyuges (incluida la práctica religiosa) ni sobre su concepto de maltrato psicológico o factores predisponente a los MTC.

Las mujeres urbanas eran, en general, más propensas al enfrentamiento directo con la pareja agresora (significativamente) en caso de agresión conyugal, que las de zona rural. Por lo demás no había más diferencias en sus reacciones.

No hubo diferencias significativas respecto a la cifra de malos tratos conyugales físicos o psíquicos entre las muestras rural y urbana de mujeres consultantes.

#### **4.4. Malos tratos conyugales a mujeres consultantes en Servicios de Salud Mental (población consultante total).**

Dado que no había diferencia significativa en aquellas variables consideradas de estudio (incidencia de malos tratos conyugales y psicopatología), se procedió a reunir ambas muestras de mujeres consultantes (las procedentes de área urbana y rural) obteniéndose un grupo de 50 mujeres.

Del estudio estadístico descriptivo de las mismas se obtuvieron los siguientes resultados:

La edad promedio era de 44,78 años. Los años de vida matrimonial era 20,48 de media. Entre las separadas, el tiempo medio de separación era de aproximadamente medio año, y el número de hijos por pareja se estimó en 2,7 de media. Entre las mujeres consultantes estudiadas predominan las casadas (82%). El resto se repartió entre solteras (4%), separadas (12%) y viudas (2%).

La mayoría no sabían leer ni escribir o tenían unas nociones muy básicas (62%), un 24% tenían Estudios Primarios, un 8% el Graduado Escolar, y un 6% el Certificado Escolar.

El 54% eran amas de casa exclusivamente, el 14% limpiaban por horas, el 16% trabajaban por temporadas (sobre todo en faenas agrícolas), el 10% eran pensionistas (viudedad, separación, enfermedad,...), un 4% ayudaban en algún negocio familiar, el 2% tenían negocio propio (sobre todo las separadas) y un 2% eran empleadas fijas. No hubo ninguna mujer inscrita como parada.

Respecto a los datos recogidos del cónyuge, la edad promedio fué de 47,1 años. Un 34% eran obreros fijos, un 22% desarrolla-

ba trabajos temporales, el 19% contaba con negocio propio, un 10% eran pensionistas (sobre todo por enfermedad), el 4% cobraban el subsidio de desempleo, y un 8% eran parados sin ayuda económica.

El 50% de los maridos leía y escribía con dificultad, un 8% no sabía leer ni escribir en absoluto, un 14% terminó los Estudios Primarios, un 4% tenía el Certificado Escolar, un 12% el Graduado Escolar, el 6% la Formación Profesional de 2º Grado, BUP o COU; y un 4% eran Titulados Medios.

Un 2% de las mujeres se definían ateas, un 6% de formación católica no creyentes, el 54% creyentes no practicantes, el 36% creyentes practicantes y el 2% de otras religiones.

El 78% del total opinaban que los malos tratos conyugales no se pueden consentir ni justificar en ningún caso. El 22% pensaba que podían estar justificados en determinados casos.

De las situaciones de maltrato psicológico planteadas, el 30% incluía el gritar o levantar la voz en privado, el 84% incluía esto mismo pero si ocurría en público. El 96% hablaba de maltrato psíquico si había insultos o amenazas.

De los posibles factores o amenazas relacionados con el maltrato conyugal, el alcohol era señalado en el 80% de los casos y los celos en el 76%. El paro y problemas económicos aparecía en un 50% de los protocolos, los hijos no deseados en un 28%, y la enfermedad mental en el 56% (otros en un 16%).

Sobre las posibles conductas a seguir en caso de agresión conyugal, un 10% pensaba que los malos tratos conyugales debían ser soportados, un 34% se enfrentaría a la pareja agresora, el 78% se separaría, un 28% lo haría público a amigos o familiares, y sólo el 38% lo denunciarían a la autoridad.

El índice de malos tratos conyugales físicos entre las mujeres consultantes fué del 42% y el de malos tratos psicológicos del 52%.

El 84% de la muestra considera que el abuso sexual dentro del matrimonio es una forma de maltrato. Un 28% de estas mujeres habían sido víctimas de abuso sexual por su marido.

El cuadro psicopatológico más frecuentemente encontrado fué el Trastorno Depresivo (76%). Los Trastornos Somatoformes aparecieron en el 16% de la muestra, los de ansiedad en el 26%, y los de personalidad en el 16% de los casos.

El tiempo medio de evolución fué de 6,46 años. Apenas aparecieron síntomas psicóticos (8%).

Cuando se diferenciaron categorías en base a la existencia de MTC físicos o psíquicos, se observó lo siguiente:

Los malos tratos conyugales físicos y psíquicos eran más frecuentes proporcionalmente entre las mujeres separadas. En general, las mujeres víctimas de malos tratos conyugales no mostraban ninguna correlación significativa con los niveles de educación, más bien se distribuían de manera dispersa tanto entre mujeres analfabetas como entre las que disponían de Graduado Escolar. Es decir, como había ocurrido en otras muestras de mujeres, no se observaba correlación alguna entre el grado de educación y la existencia de malos tratos conyugales.

Respecto a la situación laboral, el índice de malos tratos físicos y psíquicos era mayor sobre todo entre quienes realizaban tareas de limpieza por horas o contaban con negocio propio (ésto último, tal vez, debido a que esta actividad la desempeñaban sobre todo y casi exclusivamente, mujeres separadas entre las que el índice de maltrato era mayor).



Otro pico de incidencia de maltrato, exclusivamente psicológico, se observó entre las mujeres empleadas fijas. Los malos tratos físicos mostraban mayor predominio entre mujeres que ayudaban en negocios familiares.

En cuanto a la actividad laboral de los cónyuges agresores, la mayoría contaban con negocio propio. En el caso de ocasionar malos tratos físicos era más frecuente que ayudaran en negocios familiares o estuvieran en paro sin cobrar subsidio, pero tampoco había una clara correlación significativa entre situación laboral y agresión.

Del estudio del grado de escolarización de los cónyuges se deduce algo similar; no se constata una distribución característica en relación con los casos de agresión.

En cuanto a las creencias religiosas, la mayoría de las mujeres que habían sufrido malos tratos conyugales se confesaban ateas o de formación católica, pero no creyentes.

Que los malos tratos conyugales no se pueden consentir ni justificar en ningún caso es algo aceptado, principalmente, por las víctimas de tales agresiones.

Sobre el concepto de maltrato psicológico, se observa que aquellas mujeres que sufren agresiones conyugales son quienes más se inclinan a incluir en dicho concepto que les griten o les levanten la voz en privado.

Las mujeres consultantes con antecedentes de malos tratos conyugales psicológicos daban mayor importancia a los celos y a cuestiones económicas (como el paro), y coincidían con las víctimas de malos tratos físicos en señalar que el tener hijos no deseados (sobre todo embarazo prematrimonial que forzaba a la boda) y la enfermedad mental del cónyuge eran conflictos que con frecuencias estaban relacionados con los malos tratos conyugales. En contra-

posición a estas mujeres, aquellas que no habían sufrido malos tratos conyugales sobrevaloraban el papel del alcohol como factor etiopatogénico del maltrato conyugal.

Por otra parte, las víctimas de malos tratos psicológicos eran las más conformes a soportarlos. En general, las mujeres consultantes con antecedentes de MTC (físicos o psicológicos) eran las menos decididas a la separación matrimonial, o a hacer público el MTC a familiares o conocidos. Sólo las víctimas de malos tratos físicos mostraban cierta tendencia a la denuncia de este delito a la autoridad.

También en este grupo de mujeres consultantes se comprobó que quienes habían sufrido malos tratos físicos eran, en promedio, más jóvenes que el resto y llevaban menos años casadas. En general las mujeres víctimas de agresiones físicas o psicológicas contaban con mayor número de hijos que las no victimizadas. Las edades de los cónyuges agresores solía ser siempre algo superior al resto de la media de la muestra.

Respecto a la consideración del abuso sexual en el matrimonio como una forma de maltrato, se encontró que aquellas mujeres víctimas de malos tratos conyugales tenían mayor tendencia a considerar el abuso como un conducta lícita en el matrimonio. Estas mujeres que sufrían las formas clásicas de maltrato conyugal eran también quienes sufrían con mayor frecuencia el abuso sexual de sus compañeros.

Entre las pacientes victimizadas, sobre todo entre quienes referían haber sufrido malos tratos físicos, los trastornos depresivos eran la patología que más frecuentemente había motivado la consulta. Entre estas mujeres había también mayor número de trastornos somatoformes (sobre todo entre las víctimas de malos tratos físicos). Los trastornos de ansiedad eran menos frecuentes que entre la población no agredida pero, en cambio, predominaban los trastornos de personalidad con marcada diferencia.

El tiempo medio de evolución de la enfermedad mental era, en general, superior al de la población consultante general. Por último, presentaban también mayor frecuencia de síntomas psicóticos en su clínica.

## **5. Comparación de malos tratos conyugales entre población general y consultante en salud mental.**

El objetivo principal del presente trabajo es testar la hipótesis de que las mujeres con patología psiquiátrica presentan más antecedentes de agresiones conyugales que la población general. Con vistas a ello se realizó un estudio comparativo entre población general y población consultante en los Servicios de Salud Mental. Dicho estudio se hizo por separado para población rural y urbana en la creencia de que ambos medios podrían ser diferentes.

### **5.1. Población urbana.**

Considerando sólo las muestras de origen urbano, se comparó el grupo de mujeres consultantes y el de población general con objeto de cuantificar si había diferencias significativas entre ambos en lo referente, principalmente, a la incidencia de malos tratos conyugales. De dicha comparación resultaron las siguientes conclusiones.

No había diferencias significativas en cuanto al estado civil de las mujeres de ambas muestras. Sí las hubo en relación al índice de analfabetismo, significativamente mayor, entre las mujeres consultantes.

Respecto a la actividad laboral, entre las pacientes había mayor proporción de mujeres dedicadas a la limpieza por horas; por lo demás, no diferían al respecto.

En la situación laboral del cónyuge sólo hubo una diferencia significativa en cuanto al número de desempleados sin ayuda económica estatal (mayor en el grupo consultante). Asimismo, el número de hombres analfabetos funcionales era mucho mayor en el grupo de pacientes.

No hubo más discrepancias respecto a características sociodemográficas (incluida práctica religiosa) ni respecto a si los MTC están justificados o no en el matrimonio.

Se constató diferencias entre las muestras en cuanto a la delimitación del concepto de MT psicológico: las pacientes consideraban el insulto y la amenaza como una forma de maltrato psicológico en mayor proporción que la población general.

No diferían respecto a la importancia que cobraba para ellas los factores relacionados con el MTC propuestos, pero sí hubo discrepancia en cuanto a cuál debería de ser la respuesta a la agresión conyugal: las pacientes abogaban más por el enfrentamiento directo y la separación.

Por último, había diferencias altamente significativas entre la población general y consultante respecto al índice de malos tratos conyugales físicos y psíquicos, éstos eran más frecuentes entre las mujeres consultantes.

## 5.2. Población rural.

Entre las muestras seleccionadas de la población del área sanitaria de Sanlúcar La Mayor, el grupo de mujeres consultantes (n=35) en el único centro de Salud Mental del área y el grupo de población general (n=18), se encontraron diferencias significativas en las siguientes variables:

En relación al estado civil, había más mujeres solteras entre las no consultantes. Paralelamente, el número de mujeres casadas era significativamente mayor entre las mujeres consultantes. No hubo diferencias en cuanto a la proporción de mujeres separadas.

Ambas muestras de población fueron estadísticamente iguales en las cuestiones que valoraban el nivel académico o de educación de las mujeres.

En cuanto a las ocupaciones y situación laboral tampoco hubo discrepancias entre los dos grupos de mujeres. Ni las hubo respecto a la situación laboral de los cónyuges o formación educativa de los mismos. De lo anterior cabe suponer que muy probablemente la situación económico-cultural de ambas muestras era similar.

Desde el punto de vista de las ideas y prácticas religiosas, de gran influencia en la vida social y cultural de esta zona geográfica, tampoco había diferencias entre las mujeres de la población general y las pacientes psiquiátricas.

Ambos grupos de mujeres opinaban de forma parecida sobre la punibilidad y condena de los malos tratos conyugales. Sin embargo, sí hubo diferencias significativas en cuanto al concepto de malos tratos psicológicos. Las mujeres consultantes mostraban más sensibilización al considerar conductas como: amenazas, insultos o levantar la voz en público como formas de maltrato psíquico.

Respecto a cuáles eran los factores que consideraban relacionados etiopatogénicamente con los malos tratos conyugales, no hubo diferencias significativas entre los dos grupos de estudio. Tampoco la hubo en cuanto a cuál debía ser la reacción de la mujer agredida por su pareja.

En lo que sí diferían las mujeres que consultaban en Salud Mental y el grupo de población general fué en la incidencia de malos tratos conyugales. Las mujeres con psicopatología habían sufrido más malos tratos físicos (Chi cuadrado de Pearson 0,0135) y más malos tratos psicológicos (Chi cuadrado de 0,0017).

### **5.3. Población total.**

Una vez que habían sido estudiados todos los casos de las muestras de mujeres por separado (mujeres de zonas urbana y rural, consultantes y no pacientes), y habiendo sido señaladas sus particularidades y diferencias significativas (mínimas en cuanto a características sociodemográficas), se agruparon todas las mujeres incluidas en el estudio en un sólo grupo (población total), lo cual sumaba un total de 170 mujeres, y se hizo un estudio estadístico descriptivo de las mismas señalando las diferencias que llegaban a ser significativas entre las muestras consultante y no consultante generales (sin distinción de procedencia urbana o rural).

En cuanto al estado civil, el 69% de las mujeres estaban casadas. Un 18% eran solteras, el 7% separadas y el 6% viudas. Había significativamente mayor proporción de mujeres solteras y menos casadas en el grupo no consultante.

El grado de formación de las mujeres estudiadas, en general, fué bastante bajo: el 36% no sabían leer ni escribir o lo hacían con mucha dificultad. El 24% contaba con los Estudios Primarios, y el 25%

con el Certificado Escolar. El Graduado Escolar lo poseían sólo el 16% del total. Entre las mujeres consultantes se observó que el índice de analfabetismo era también significativamente mayor.

Respecto a la actividad laboral, más de la mitad se declaraban exclusivamente como amas de casa (65%). Entre las demás posibilidades profesionales planteadas, las más señaladas fueron la limpieza por horas (11%), trabajos temporales (8%), y paro sin subsidio (8%). Sólo hubo diferencias significativas en este grupo de items en cuanto a los trabajos temporales los cuáles eran ejercidos sobre todo por mujeres consultantes. Entre éstas había también mayor proporción de pensionistas. En cambio, la consideración de "parada sin subsidio" era exclusiva de las no pacientes.

El estudio de los cónyuges ponía de manifiesto que un 37% eran empleados fijos, un 14% trabajadores temporales y un 11% autónomos (con negocio propio). Un 8% eran pensionistas (sobre todo por incapacidad laboral). Únicamente hubo diferencias significativas en el ítem referente a la situación de cónyuge parado sin cobrar prestación por desempleo, la cual era más frecuente en el grupo de mujeres consultantes.

El nivel de educación de los cónyuges también fué bajo, aunque menos que el de las mujeres. Un 4% no sabía leer ni escribir, un 21% eran analfabetos funcionales, el 19% tenían el Certificado de Estudios Primarios, el 16% el Graduado Escolar, el 6% el Certificado Escolar, el 6% la Formación Profesional de 2º Grado, BUP o COU, un 5% Titulación Media, y un 2% Titulación Superior. En este aspecto, las diferencias significativas se referían generalmente a que los maridos de las mujeres consultantes tenían menos formación (mayor número de analfabetos completos o funcionales).

Sobre la ideología religiosa, predominó el número de mujeres de formación católica, creyentes no practicantes (64%), seguido de las

creyentes practicantes (25%), de formación católica no creyentes (5%) y ateas (5%). Entre las mujeres consultantes había significativamente más mujeres de formación católica, creyentes y practicantes.

Sobre la sensibilización acerca de que el maltrato conyugal constituye una forma de delito, el 89% está de acuerdo en considerarlo como tal y que es una conducta ilícita que no puede consentirse en ningún caso. Un 11% justifica los malos tratos conyugales en determinados casos y un 1% no los considera delito en ningún caso. Fueron las mujeres consultantes las más tolerantes y permisivas con el maltrato conyugal (con diferencia significativa).

Sobre el concepto de maltrato psicológico, el 36% incluía el gritar o levantar la voz en privado, el 66% si esto ocurre en público, el 68% incluye los insultos, y el 69% las amenazas. Entre las mujeres consultantes se dió, significativamente, más importancia a los gritos en público y a los insultos y amenazas. En general se sentían más afectadas por el maltrato psicológico.

En las cuestiones referidas acerca de probables factores relacionados con el MTC, el 87% señaló el alcohol, el 74% los celos, el 51% la escasez económica, un 36% los hijos no deseados y un 55% la enfermedad mental. En ninguna de estas cuestiones diferían los grupos comparados.

Sobre las reacciones al maltrato conyugal, el 5% lo soportaría, el 32% se enfrentaría al agresor, el 67% se separaría, un 26% lo haría público, y el 55% lo denunciaría. Entre las pacientes, el número de mujeres que soportarían los MTC fué significativamente mayor. También las mujeres consultantes se muestran menos proclives a la denuncia del maltrato.

Por último, el índice de malos tratos conyugales físicos fué de un 18% y el de malos tratos psicológicos de un 31%, en conjunto. Pero, existían diferencias significativas entre ambas muestras de



población de mujeres consultantes y no consultantes, tal como ha sido señalado anteriormente: las mujeres consultantes en los Servicios de Salud mental presentan mayor índice de malos tratos conyugales en general (físicos, psicológicos y abuso sexual en el matrimonio).

## **6. Malos tratos conyugales y psicopatología: un estudio de casos clínicos.**

### **6.1. Muestra y Método.**

A aquellas mujeres consultantes que habían recibido malos tratos conyugales se les propuso un estudio más profundo acerca de las circunstancias que rodearon a los mismos, antecedentes familiares y personales del agresor y propios, relaciones de pareja, vivencia de los malos tratos, personalidad, relación de las agresiones con su proceso psicopatológico, actitud de la mujer al hablar de los malos tratos conyugales y otros datos de interés.

Para ello se elaboró una entrevista semiestructurada que recogió información (Protocolo B en Anexo III) que ampliaba la historia clínica de las mujeres estudiadas, al mismo tiempo que se recogieron diversos relatos y comentarios textuales que enriquecen e intentan reflejar fielmente las vivencias y creencias de las víctimas de maltrato, al tiempo que aportan diferentes matices culturales e idiosincráticos propios de la mujer de nuestro medio. Lejos de las frías cifras y estadísticas de los informes y artículos bibliográficos revisados, en su mayor parte procedentes de prensa extranjera, he querido incluir el material expuesto por este grupo de mujeres de Sevilla que sufren malos tratos conyugales. Se trata del tipo de mujeres

que acuden habitualmente a consultar en los Servicios de Salud Mental de Distrito del Servicio Andaluz de Salud; es decir, representan el grueso de la población que consulta diariamente en estos servicios públicos.

De las mujeres que habían respondido afirmativamente a si habían recibido malos tratos conyugales en el Protocolo A inicial, se profundizó y amplió el estudio, en el sentido antes citado, con 14 mujeres. El resto planteaba dificultades para acudir a la consulta tan frecuentemente como lo requería esta investigación.

Con objeto de extraer algún tipo de conclusión y no perder, al mismo tiempo, riqueza de matices personales, se expondrá brevemente cada caso clínico y, posteriormente, se hará algunas consideraciones generales a todo el grupo de mujeres.

## **6.2. Casos clínicos.**

### **R.L.L.**

Había sufrido malos tratos por su actual marido durante el noviazgo, aunque se habían hecho más severos una vez casada. Generalmente los MT consistían en “guantazos”, golpes con objetos, patadas, rotura de prendas de ropa, etc. Normalmente ocurría cada 1 ó 2 meses. Los desencadenaba la ingesta alcohólica del marido o las discusiones derivadas de la infidelidad de éste: “cuando las otras que tenía no querían acostarse con él, volvía a casa hecho una fiera y quería tener relaciones conmigo o me pegaba a mí”. Sólo demandó atención médica en una ocasión: estaba embarazada de 7 meses y el marido la golpeó con un jamón; la niña murió. La paciente ocultó la verdadera causa del golpe en el hospital aduciendo una caída. No hubo denuncia y nunca antes lo había revelado hasta el día de la presente entrevista. Hoy, 9 años después, sigue viviendo en presente el “asesinato de mi hija”.

El abuso sexual en el matrimonio apareció unos 10 años después de la boda. Consistía habitualmente en penetraciones vaginales que el marido conseguía sujetándola o tirándole del pelo “cuando el quería y yo me negaba”.

Los malos tratos, exclusivamente psicológicos, fueron posteriores al matrimonio “ya con mis hijos grandes”. Se trataba fundamentalmente de no dejarle manejar el dinero o ponerla en ridículo en público.

Ante los malos tratos, la paciente reaccionaba enfadándose con su marido una temporada, pero luego continuaba su vida cotidiana.

También había malos tratos físicos del cónyuge hacia su hijo mayor “porque pensaba que no era suyo”.

Entre los antecedentes familiares de la paciente, se recogía la existencia de malos tratos conyugales de su padre a su madre “mi padre también bebía y tenía queridas”. De su padre la paciente habla como de “un hombre con gran corazón, yo lo quería mucho. Para mí era el hombre mejor del mundo”. De su madre dice “una santa, tenía locura por él, cuidando a sus hijos y sin meterse en nada más”.

R.L.L. no había tenido ninguna otra relación de pareja previa a su matrimonio.

De su marido refiere: “es muy egoísta y autoritario, en casa siempre hemos estado debajo de él”. No sabría contestar si su marido la quiere: “no sé, a veces me ha demostrado que sí”, “yo antes lo quería con locura pero ahora es de otra manera; lo veo vencido, está enfermo, está sufriendo. Como hombre ya no lo quiero, no quiero que me toque pero le tengo cariño y lástima”.

Actualmente no mantienen ningún tipo de relación sexual.

La boda estuvo precipitada por el embarazo prematrimonial de la paciente.

En alguna ocasión ha creído que los MTC estuvieron justificados y los mereció “porque yo había bebido una cerveza y un vaso de vino”.

Su marido, hijo ilegítimo, no había sufrido ni presenciado malos tratos en su infancia, y en su vida social y profesional “es un caballero correcto, número uno en su trabajo, perfecto” según su mujer.

R.L.L. considera a los MTC sufridos como causa primaria de su actual patología psíquica. Cree que lo que más le ha dolido de todo ha sido el abuso sexual “más que los golpes; me sentía como un trapo, como si no fuera mujer”.

Actualmente su hijo mayor es alcohólico y maltrata a su esposa “igual que que su padre a mí”.

### **S.S.G.**

En este caso los malos tratos físicos comenzaron poco después del matrimonio. Se trataba de palizas y “correaos” “incluso estando embarazada”. Al principio ocurría una vez por semana; después, con el tiempo, se fueron distanciando hasta una vez cada 3 meses aproximadamente. Se relacionaban con discusiones por celos del marido y conflictos familiares, en los que frecuentemente estaba implicada la suegra de S.S.G. quien, a menudo, instigaba a su hijo en contra de la paciente. Nunca acudió a ningún servicio médico por los MTC. Cuando ocurrían “yo me callaba por mis hijos y porque no tenía dinero”

Los abusos sexuales se iniciaron unos 4 años después de la boda. Ocurría un par de veces al año, generalmente después de malos tratos físicos y “cuando él no podía estar con la querida”.

Los malos tratos, exclusivamente psicológicos, aparecieron más tarde, unos 20 años después de casarse. Consistían generalmente en insultos y coincidían con ingestas excesivas de alcohol y acusaciones de infidelidad por celos del marido. Solía pasar cada 2 semanas más o menos.

No había malos tratos a los hijos, y en la historia familiar de la paciente tampoco se registraba ningún antecedente de maltrato: "mis padres eran buenos pero muy pobres; vivían en un chozo. Yo he pasado hambre". Se considera una persona muy religiosa, escrupulosa moralmente, excesivamente limpia y ordenada, "sufridora" y muy ligada a sus hijos.

Respecto a sus sentimientos hacia el marido, dice "lo quiero porque con mis hijos se porta bien y por eso lo perdono. Lo quiero, a veces tiene detalles buenos."

Las relaciones sexuales son insatisfactorias. Nunca ha disfrutado. Cree que los MTC han sido la causa primaria de su actual trastorno mental.

### **C.F.A.**

Los malos tratos psíquicos y físicos aparecieron poco después de la boda. No ha sufrido abuso sexual. El marido también solía maltratar a la hija mayor.

Entre los padres de la paciente también había malos tratos. Su padre la maltrataba e incluso abusó sexualmente de ella a la edad de 9 años. Nunca reveló ésto último. "Mi padre era un sinvergüenza, maltrataba a mi madre y además la abandonó".

Las relaciones sexuales con su marido siempre han sido insatisfactorias para ella, ha de fantasear que es otra mujer para poder mantenerlas.

### **P.T.M.**

En esta paciente, hija de madre soltera, los malos tratos comenzaron durante su infancia propinados por su padrastro, quien posteriormente terminó manteniendo una relación incestuosa estable con ella de la cual quedó embarazada y tiene actualmente un hijo de 20 años de edad.

Los malos tratos físicos comenzaron hacia los 9 años. Se trataba de palizas con garrotes o palos. En una ocasión hubieron de llevarla al médico por lesiones en las manos al intentar defenderse. “Una vez de pequeña me oriné de miedo al ver a mi padre”.

Cuando tenía 10 años fué violada por su padrastro pasando a ser esta conducta habitual. De todo aquello sólo recuerda una cosa: el miedo, “con el tiempo me enamoré de mi padrastro”. La madre conocía y consentía aquellas relaciones, incluso hostigaba a su marido en contra de la paciente propiciando los malos tratos exclusivamente psicológicos, los cuáles se iniciaron hacia los 16 años. Estos malos tratos, exclusivamente psíquicos, estaban entonces desencadenados por celos del padrastro hacia los amigos y conocidos de la consultante. “El es un amargado, antipático y desagradable y mi madre una analfabeta. Me enamoré de él por el miedo, no podía hacer otra cosa”.

Nunca ha disfrutado en las relaciones sexuales, tampoco con su pareja actual.

Entre los antecedentes personales de su padrastro-cónyuge había malos tratos del padre a la madre.

No cree que los malos tratos sufridos hayan sido la causa primaria de su actual cuadro depresivo, aunque sí los considera un factor más de desestructuración personal.

### **J.R.M.**

Los malos tratos psíquicos, físicos y el abuso sexual se iniciaron a los 23 años de matrimonio en relación al consumo excesivo de alcohol por su marido. Se acompañaban también de malos tratos hacia sus dos hijos “no me he separado antes porque mis hijos eran pequeños”.

No había antecedentes de malos tratos en la familia de J.R.M. ni de su cónyuge. Antes las relaciones de pareja eran satisfactorias “ahora le tengo lástima, no sé si le quiero”. Las relaciones sexuales son insatisfactorias.

Considera que los malos tratos son la causa primaria de su trastorno.

### **G.E.C.**

En este caso el maltrato psicológico (insultos) se había iniciado simultáneamente con la boda. Era prácticamente diario y desencadenado con el abuso alcohólico de la pareja. La paciente a menudo se enfrentaba a él.

Los malos tratos físicos comenzaron posteriormente, durante el segundo embarazo de G.E.C. Se trataba sobre todo de puñetazos. En una ocasión requirió tratamiento médico por los golpes.

El abuso sexual ocurrió por primera vez a los 20 años de casada y no coincidía con el consumo excesivo de alcohol.

También había malos tratos por parte del cónyuge a los hijos. De uno de los hijos tenía celos, lo acusaba de mantener relaciones incesuosas con la paciente; llegó a apuñalarlo en una ocasión. Fue ésto último lo que hizo que G.E.C. se decidiera a pedir la separación.

Entre los antecedentes familiares de la paciente encontramos malos tratos del padre a la madre y a la paciente.

Sobre sus sentimientos hacia el marido, comenta: “yo estaba tan enamorada de él que no le guardaba rencor. Fué el quien se fué de casa y no ha vuelto. Pero si él viniera yo seguiría con él aunque continuasen los malos tratos”.

### **V.G.D.**

En este caso los malos tratos conyugales fueron iniciados por un marido alcohólico y con un trastorno paranoide de la Personalidad, pero con el tiempo también había aparecido conductas agresivas de la paciente a su marido, algunas de ellas graves. La situación familiar se había deteriorado enormemente. Ambos cónyuges maltrataban a sus hijos.

V.G.D. siempre había estado, de soltera, al cuidado de sus padres enfermos. Cuando se casó comenzaron los problemas, su marido quería que hiciera todo como el creía más conveniente y le prohibía determinadas conductas: fumar, salir a la calle,... Ella se enfrentaba a él, y ambos habían entrado en una escalada de violencia destructiva con serio riesgo para la vida de ambos. El marido no estaba dispuesto a aceptar la separación matrimonial, y ella no se atrevía a llevarla a cabo.

### **R.B.D.**

Como ocurre con cierta frecuencia, los malos tratos físicos aparecieron durante el embarazo de la paciente; concretamente en la gestación del primer hijo.

Ambos cónyuges eran responsables de malos tratos a sus hijos, negligencia y falta de atención a los mismos.

Durante su infancia, la paciente había sufrido malos tratos de su padre.

Su actual compañero presentaba conductas psicopáticas y alcohólicas claras. Anteriormente R.B.D. había estado casada con un he-



roinómano que también la maltrataba y del que quedó embarazada prematrimonialmente.

Apenas mantiene algún contacto social actualmente.

### **G.D.B.**

Se trata de un caso de malos tratos psicológicos exclusivamente. El marido no la deja salir sola de casa aunque él si pasa la mayor parte del tiempo fuera sin ocuparse apenas de sus hijos. A pesar de ello, dice quererlo.

### **D.C.C.**

Los malos tratos físicos comenzaron 2,5 años después de la boda coincidiendo con el último embarazo, aunque había habido un antecedente aislado durante el tiempo de noviazgo. Se trataba sobre todo de bofetadas, con una frecuencia semanal. Estaban relacionados principalmente con dificultades económicas y conflictos relacionales familiares en los que solía estar implicada la suegra de la paciente. Normalmente D.C.C. se enfrentaba a su marido. Sobre las mismas fechas se iniciaron también los malos tratos exclusivamente psicológicos; concretamente los insultos.

El abuso sexual apareció en los últimos años de matrimonio; solía ocurrir cada 2 ó 3 semanas.

También había malos tratos psíquicos y físicos hacía la hija mayor. Ambas, madre e hija, hicieron una denuncia pero ésta no prosperó. Actualmente, D.C.C. está separada, vive con su hija quien se niega a ver al padre.

Entre los antecedentes de la paciente destaca que sus padres se habían separado cuando ella era muy niña; a su padre apenas lo conocía y su madre los abandonó.

A su ex-marido, alcohólico y ludópata, lo describe como de apariencia afable y tranquilo pero “muy bruto” y celoso de puertas adentro. Entre los antecedentes del cónyuge no se encontró ningún tipo de maltrato.

D.C.C. piensa que los malos tratos conyugales constituyeron en su caso un factor etiológico coadyuvante de su actual depresión pero no cree que fueran la causa primaria.

Explicaba haber sosportado inicialmente los malos tratos porque “he estado tan falta de cariño de pequeña que cuando el era dulce yo me sentía muy bien. Ha sido muy posesivo, dominante y celoso; quería tenerme siempre en casa”.

Actualmente trabaja y se hace cargo de su hija. Comenta “yo no creo que pueda volver a convivir con nadie. Tener pareja de salir y entrar sí pero vivir con un hombre no, no aguantaría que me pudiera volver a decir: esta casa es mía, o, ese plato de comida es mío desgraciada. Son muchos malos recuerdos los que se me vienen a la cabeza y no podría volver a pasar por eso. Quiero ser libre, levantarme cuando quiera, que no me peguen, sentirme en mi casa,...”.

### **T.C.M.**

Primero fueron los malos tratos exclusivamente psicológicos (hace unos 10 años): “me gritaba y me formaba escándalos en cualquier lado”. Pasa casi todas las semanas, surgía por cualquier cosa. La paciente se enfrentaba a él.

Dos años después aparecieron los malos tratos físicos, al principio de forma aislada; eran casi siempre bofetadas. Ocurría cuando discutían por cualquier motivo. Al mismo tiempo llegó el abuso sexual: “cuando nos enfadábamos yo me negaba a tener relaciones sexuales y él me forzaba; ocurría casi todos los meses alguna vez”.

El marido también solía maltratar psicológicamente al hijo mayor. En sus familias de origen no hubo antecedentes de malos tratos.

A su marido lo describe como muy celoso; esto es lo que más le irrita “luego no es nadie, es un crío chico, se encela hasta con sus hijos”, “cuando me insulta llego a creer que realmente tiene razón y soy como me está poniendo”, “no salgo nunca de casa salvo con él, pero ya estoy acostumbrada y la verdad es que no tengo ni ganas de salir sola”.

Durante la entrevista se tiene la impresión de estar ante una mujer con muy escasa autoestima. Cree que los malos tratos son la causa primaria de su actual mal estado de ánimo.

### **T.A.S.**

Los malos tratos psicológicos fueron los primeros en aparecer. Se iniciaron inmediatamente después de la boda. Su marido no la dejaba salir a la calle ni le daba dinero. Esto venía ocurriendo por temporadas y casi siempre venía desencadenado por problemas derivados de escasez económica “yo entonces me callaba para no formar escándalo y que la gente no se enterase”.

Los malos tratos físicos se iniciaron durante el embarazo. La primera vez surgieron a raíz de una discusión porque ella había descubierto la infidelidad de él.

El abuso sexual fué mucho más posterior y relativamente reciente, hacía 2 meses que había ocurrido por primera vez: le rompió las prendas interiores antes de la penetración. Ella piensa que es debido a que su marido no mantiene relaciones con su querida ultimamente.

En su familia de origen también hubo malos tratos del padre a la madre y a los hijos, coincidiendo con consumo alcohólico excesivo de su padre.

La boda de la paciente se vió forzada por su embarazo prematrimonial. Ella era menor de edad y el no quería casarse.

Cree que los malos tratos constituyen un factor etiológico coadyuvante de su trastorno mental. Fueron posteriores y lo agravaron. Lo que mas le ha hecho sufrir ha sido los abusos sexuales.

“Yo no me atrevía a denunciarlo porque mis hermanos le habrían hecho algo”. “Desde que se casó está amargado”. Es alcohólico.

Los síntomas de la paciente empezaron en la adolescencia, cuando sus padres empezaron a discutir a menudo. Mejoró cuando se casó pero reaparecieron tras el nacimiento de su primer hijo.

Por la calle mi marido es bueno, lo ves y no parece lo que es conmigo. Parece callado y no dice palabras feas, es simpático con los amigos,...”, “es un hombre que no me saca pa ná,...”, “sale por la mañana y vuelve al otro día de los bares”, “mi marido es quien maneja el dinero, yo no sé ni lo que cobra”.

Esta mujer presentaba sentimientos de incapacidad y dependencia extremos. En su historia clínica se recogía a menudo su necesidad de estar siempre acompañada.

### **L.R.F.**

En este caso se trata de una paciente con coeficiente de inteligencia límite e ideas de celos patológicos, que no han llegado a ser psicóticos, pero motivan frecuentemente disputas, en el seno de las cuáles aparecen los malos tratos por parte de su marido. Todo ello la hace sentirse culpable y temerosa de que su marido la abandone. Presenta un Trastorno histriónico de la Personalidad sobre el que asientan ideas sobrevaloradas de celos.

## **R.G.A.**

A los 7 años de matrimonio coincidiendo con ingestas alcohólicas excesivas del marido se inician los malos tratos psicológicos: amenazas, insultos,... En las disputas el marido manifestaba ideas de celos y acusaciones de infidelidad.

La paciente soportó estas situaciones durante unos años "por los hijos" hasta que decidió divorciarse, pero cuando inició la tramitación del proceso legal él le pidió perdón y ella le perdonó. Esto ocurrió hace un año.

Los malos tratos físicos ocurrían de forma muy aislada. En una ocasión sufrió una herida craneal importante al golpearse con la cama tras un empujón. Nunca reveló la verdadera causa del golpe en la consulta médica.

No ha habido malos tratos a los hijos pero éstos han presenciado a menudo los conyugales.

De su marido, alcohólico y ludópata, dice: "con la gente es muy bueno pero con los de la familia no. No me da dinero. Pero no lo puedo dejar de querer con lo que me lleva hecho. Cuando está de buenas es muy cariñoso". Su padre también era alcohólico y muy celoso, se fué de casa".

R.G.A. cree que la problemática derivada de los malos tratos conyugales es el origen de su actual trastorno mental.

Actualmente sigue con los trámites de separación. "el sale de casa por la mañana y no vuelve hasta la noche. Cuando llega nos despierta a todos, nos insulta y nos amenaza. Yo no me he separado antes por mis hijos, pero ahora que son mayores estoy decidida a hacerlo; lo que ocurre es que le tengo miedo y me veo muy imposibilitada para todo". "Siempre tengo miedo de que el llegue a casa". "Mi vida siempre ha estado dedicada a los demás,

sólo deseo morir tranquila”. “Apenas he salido de mi casa durante todos estos años”.

### **6.3. Consideraciones generales.**

Los casos expuestos permiten hacer una serie de reflexiones comunes a todos ellos:

En la mayoría de las historias clínicas comentadas, los malos tratos conyugales físicos se iniciaron precozmente en la vida de la pareja, desde los primeros momentos de matrimonio. Por lo general, aumentaba la virulencia de la agresión física, o bien comenzaba, durante los periodos gestantes de la mujer (sobre todo durante el primer embarazo). Varios autores (Straus, 1.983; Straus et al, 1.980) se han referido desde hace tiempo al hecho de que la violencia conyugal se dirija especialmente a mujeres embarazadas.

En 10 de los 14 (10/14) casos estudiados, el alcohol ha sido un factor presente en mayor o menor medida en la conflictiva de pareja.

En 7/14 de las historias clínicas el agresor había manifestado ideas de celos a la mujer, a menudo coincidiendo con ingestas alcohólicas excesivas. En 1/14 caso las ideas habían sido expuestas por la mujer. De cualquier forma, en estos casos los celos aparecieron como desencadenantes de las agresiones del hombre a la mujer.

En general, los malos tratos físicos (que, no obstante, comportan malos tratos psicológicos, como se señaló en pg. 20) suelen aparecer en las primeras etapas del matrimonio. En esta muestra de mujeres de nuestro medio se obtienen, pues, resultados similares a los publicados por O’Leary et al (1.989) y Straus et al (1.980), acerca de que los mayores niveles de agresión física ocurren en los estadios

iniciales de las relaciones de pareja, primeros años de matrimonio y en parejas más jóvenes (ver pg.68).

Por lo general, la agresión exclusivamente psíquica aparecía mas tardiamente, o, aunque hubiese sido precoz, reaparecía después de un periodo de especial virulencia física. Respecto al abuso sexual, solía aparecer después de los MTC físicos y psicológicos y, según las mujeres estudiadas, era consecutivo a la negativa a mantener relaciones sexuales. Casi siempre existían desavenencias por infidelidad del marido.

Los malos tratos psicológicos más frecuentes eran los insultos, la humillación pública ("le gustaba dejarme en ridículo y montarme escándalos"), no dejarles manejar el dinero y no permitirles salir a la calle.

Todas estas mujeres decían soportar a sus maridos por los hijos. Pero también, los dos casos de mujeres que se separaron lo hicieron por sus hijos. Se decidieron cuando el marido agredió violentamente a alguno de los hijos.

En 2/14 casos había una clara intervención de la madre política de la paciente en la vida de pareja.

En 8/14 casos también había malos tratos a los hijos por parte del marido agresor, casi siempre el hijo victimizado era el primogénito. En 2/14 casos, en que coincidía que los hijos ya eran mayores (en los demás casos aún son menores de edad), éstos mantienen una relación con sus actuales esposas similares a las vividas en su familia de origen: maltratan a su mujer, son alcohólicos, celosos,...

En 6/14 casos la paciente refería antecedentes de malos tratos conyugales y/o infantiles en su familia de origen. Y en 5/14 casos se conocían antecedentes de malos tratos en la biografía del marido; las mujeres no siempre tenían información clara al respecto, por lo que cabe suponer que ésta última cifra podría ser algo mayor. Lo ante-

rior corrobora la polémica planteada en torno a la hipótesis de que “la violencia engendra violencia” defendida, entre otros por Straus (ver pg. 38), y a la Teoría del Aprendizaje Social (ver pg. 42).

En este sentido, se confirman las ideas de Hoffeller (1.983) acerca de que aproximadamente la mitad de los hombres que golpean a sus esposas fueron víctimas de abuso físico o presenciaron violencia conyugal cuando niños. También se había comentado en las consideraciones teóricas de la primera parte que ser testigo de violencia parental cuando niño o adolescente constituye un factor de riesgo importante en el tema del abuso conyugal (Hotaling y Sugarman, 1.986). Estos antecedentes adquieren especial importancia cuando se asocian a alcoholismo (Hamberger y Hasting, 1.988), como ocurre a menudo en nuestro medio.

Respecto a la descripción que estas mujeres hacen de su pareja, hay algunas coincidencias en ellas: “..en la calle con la gente es muy agradable pero con nosotros, de puertas adentro, es muy bruto”. Sobre la doble personalidad del hombre maltratador (Dr. Jekyll/Mr. Hyde) se ha escrito a menudo (ver pg.41) (Elbow, 1.977; Hamberger y Hasting, 1.986).

A pesar de las descripciones negativas de sus maridos, la mayor parte de las mujeres admitían, cuando menos, cariño y “lástima” por su pareja, la cual con frecuencia estaba actualmente envejecida y muchas veces con problemas de salud derivados del consumo de alcohol. En pg. 60 se hacía referencia a estas frecuentes actitudes de tolerancia de la mujer a la violencia del marido. En nuestro medio esta tolerancia no suele expresarse tanto como “yo he hecho mal y el tenía derecho a pegarme”, lo cual sólo ha aparecido en un caso de los examinados, sino que suele aparecer de una forma más larvada y sutil: “tiene un pronto... pero en el fondo no es malo”, “es que es exactamente igual que su padre”,... Como se había indicado en la primera parte de la investigación, estas creencias a menudo han podido resultar de relaciones abu-



sivas previas en la familia de origen, como de hecho ha ocurrido en estas mujeres con frecuencia.

También se ha confirmado la baja autoestima de las mujeres de la muestra, lo cual ha sido catalogado como un factor de vulnerabilidad para responder a la violencia, y, también, como un efecto directo de la violencia misma. En este sentido, la presente investigación corrobora la tesis planteada por Douglas y Strom (ver pg. 60) acerca de las tres razones que contribuyen a que una mujer mantenga una relación abusiva: las actitudes tradicionales de rol sexual, actitudes que condonan la violencia contra ella y las que conllevan baja autoestima.

Las relaciones sexuales han sido insatisfactorias tras la aparición de los MTC en todos los casos estudiados, lo que significa que en la mayor parte de la muestra la mujer nunca ha disfrutado sexualmente con su marido.

A menudo estas mujeres referían que sus maridos, aunque las maltrataban, eran buenos con ellas, y esos escasos momentos de cariño les justificaba sus sentimientos hacia ellos: “a veces me ha demostrado que me quiere”, “a veces tiene detalles buenos conmigo”, “cuando él está bien yo estoy a gusto”, “cuando estaba fresco y no bebía era una bella persona”, “no lo puedo dejar de querer con todo lo que me lleva hecho”, “cuando está de buenas es muy cariñoso”, “he estado tan falta de cariño, que aunque fuera tan posesivo, tan dominante y tan celoso, cuando era dulce yo estaba bien”, “con mis hijos es bueno y por eso lo perdono”,... Todo lo anterior ayuda a perfilar a una mujer que vive siempre a través de los demás y cuya vida no tiene valor para ella por sí misma sino es porque sirve a los demás; es decir, perfectamente identificada con el rol sexual tradicional de “madre cuidadora”. Por otro lado, esos comentarios también recuerdan algunos de los referidos en pg. 91 acerca de cómo las mujeres tienden a minimizar y racionalizar la violencia cometida contra ellas, ignorando y centrándose en los aspectos positivos de las relaciones con ellos (Mills, 1985).

Respecto a la influencia que los MTC han podido ejercer sobre la actual enfermedad psíquica de la mujer consultante, 11/14 mujeres creían que los malos tratos conyugales sí habían influido, 2/14 no sabían qué contestar, y tan sólo una creía que su trastorno mental era independiente de que hubiese sufrido malos tratos conyugales.

De las 11/14 mujeres que reconocían la influencia de los MTC en su proceso psicopatológico, 7 los consideraban causa primaria de su patología, y 4 pensaban que los MTC habían sido un factor etiológico coadyuvante, posterior y agravante de su actual trastorno mental.

En la mayor parte de las historias clínicas examinadas, se objetivaba una recaída en la evolución clínica de la paciente tras el aumento de tensión de la pareja en el sentido de una mayor labilidad emocional que conllevaba un aumento de riesgo auto y heteroagresivo. En uno de los casos mencionados, la agresividad de la mujer la había llevado incluso a intentar matar a su marido y a uno de sus hijos (el mayor, precisamente quien emulaba la conducta del padre y habían empezado a controlar e insultar también a la paciente). Para la agresión se había ayudado de un cuchillo y en otra ocasión de una plancha, provocándole al marido un importante traumatismo craneoencefálico. Todo ello se había asociado al consumo excesivo de fármacos tranquilizantes, café y recientemente, alcohol por parte de la mujer.

Con frecuencia, las pacientes se habían sentido más lesionadas por las conductas de abuso sexual que por otros tipos de malos tratos, en los casos en que existía violación en el matrimonio: “fué lo peor, me sentía como un trapo, como si no fuera mujer”.

Podría decirse que de los tres tipos de hombres abusadores sugeridos por Saunders (1987), los más frecuentemente representados en la muestra de estudio corresponden al de un hombre generalmente violento, que abusa del alcohol, con actitudes sexuales tradicionales e historia de haber sufrido abuso de niño. Algo menos

frecuentemente, se encontraron indicios de un tipo de agresor orientado hacia la familia, que parece reprimir sus sentimientos, y abusa del alcohol ocasionalmente (ver pg. 56).

La actitud con la que la mujer hablaba de sus experiencias de MTC fué en general de tristeza, pasividad, casi inhibición, y resentimiento, pero también con un tinte general de impotencia. Se tenía la impresión de que la mujer aceptaba su situación como irremediable, como su sino, y que nada podía cambiarla. Estas mujeres "sufridoras" estaban repitiendo actitudes tradicionales del rol sexual de la mujer: "mi primera obligación es cuidar de mi marido aún a costa de mí misma, mis propias necesidades son secundarias". Pero no se deben olvidar otras razones para comprender estas actitudes: el miedo a las represalias en una mujer que se siente sola, y las necesidades económicas.

En diversos estudios revisados (ver pg. 85), se menciona el alcohol como factor implicado en los casos de violencia familiar (U.S.A.) en una proporción del 25-50% (Bell). En nuestro medio esta cifra ha sido mucho mayor, y habría que buscar su explicación en la gran tolerancia de nuestra sociedad al consumo de alcohol y sus efectos en la población masculina (en el caso de mujeres bebedoras esta actitud de tolerancia se invierte claramente).

Interesa reseñar también la nula existencia de Trastorno Mental Orgánico (Lesión Traumática Cerebral, Trastorno Explosivo Intermitente, Epilepsia,...) que justificaran los MTC como consecuencia de su patología, entre los hombres maltratantes referidos en el estudio. En cambio, sí que se ha encontrado una frecuente asociación entre los MTC y los indicios de Trastornos de Personalidad de tipo Paranoide y Bordeline, coincidiendo ambos con un consumo excesivo de alcohol. Algo menos frecuente de lo encontrado en otros estudios, ha sido el Trastorno Antisocial de la Personalidad y el Trastorno Bipolar o Depresivo Mayor como patologías asociadas a los maltratadores. Para valorar la inciden-

cia de los Trastornos Narcisista y Sádico de la Personalidad no se disponía de información suficiente.

Por último, las encuestas encaminadas a determinar el nivel de contacto que los médicos tienen con mujeres maltratadas es muy variable pero, en general, indican que una de cada tres mujeres es vista, al menos una vez, por un médico durante su exposición al abuso (Binney et al, 1.981; Pagelow, 1.981). En la muestra recogida esto ocurrió con una frecuencia similar (no teniendo en cuenta las consultas en Salud mental que, obviamente, fueron del 100%).

## **7. Resumen y discusión.**

El número de mujeres incluidas en el estudio fué de 170. De ellas, 50 se eligieron aleatoriamente entre las consultantes en Centros de Salud Mental del Servicio Andaluz de Salud distribuidos en el Sureste de Sevilla Capital (C.S.M. Sur y Este) y el sito en la zona del Aljarafe de Sevilla (C.S.M. "Aljarafe") que atienden a la población descrita en pg. 117.

Apenas hubo diferencias significativas entre las muestras de población general y consultante respecto a las características sociodemográficas de la mujer y su cónyuge. Sólo hubo diferencias significativas en los items referentes a la variable de estudio: los malos tratos conyugales.

Tampoco hubo diferencias apreciables entre las muestras de procedencia urbana y rural estudiadas. En este caso, las muestras eran estadísticamente iguales para la población general y consultante en cuanto a características sociodemográficas, y, también, en cuanto a los malos tratos conyugales.

## **7.1. Edad de la mujer.**

La edad media de la población general fué de 39,30 años siendo quienes sufrían malos tratos físicos, en promedio, algo más jóvenes (34,60 años).

La edad promedio de la mujer consultante fué de 44, 78 años. Las mujeres que sufrían malos tratos físicos también fueron en este grupo, en general, más jóvenes.

## **7.2. Años de matrimonio.**

Entre las mujeres de la población general, la media de años de vida en pareja fué de 15,4 años. Los malos tratos físicos aparecían durante los primeros años de matrimonio generalmente, y posteriormente, a medida que el matrimonio se hacía mayor, predominaban los malos tratos exclusivamente psicológicos.

Entre las mujeres consultantes ocurría un ciclo parecido. La media de años de convivencia era aquí de 20,48 años de media.

## **7.3. Número de hijos.**

Entre las mujeres de la población general se obtuvo una media de 2 hijos por pareja. Las mujeres que sufrían malos tratos conyugales solían estar por encima de la media en número de hijos (2,5).

Entre las mujeres consultantes ocurría algo parecido pero con la salvedad de que, en promedio, tendían a contar con más hijos que la población no consultante (2,7).

## **7.4. Estado civil.**

El 69% del total de la muestra (población general y consultante) eran mujeres casadas, un 18% solteras, un 7% separadas y un 6% viudas. Sólo diferían ligeramente en que el grupo consultante presentaba mayor número de mujeres casadas (82%).

Los malos tratos conyugales (físicos y exclusivamente psicológicos) habían sido proporcionalmente más frecuentes entre las mujeres que ahora estaban separadas, tanto en pacientes como en población general.

## **7.5. Educación.**

En general, el grado de formación de las mujeres que componen la muestra fué bastante bajo: el 36% no saben leer ni escribir o lo hacían con mucha dificultad, y aproximadamente la mitad tenían una formación básica (Estudios Primarios o Certificado Escolar). Entre las mujeres consultantes el índice de analfabetismo (completo o funcional) fué mayor: 62%.

La distribución de mujeres víctimas de malos tratos no mostró una clara preferencia por niveles educativos sino que siguió una distribución indiscriminada. Las víctimas de malos tratos conyugales se encontraban tanto entre aquellas que eran analfabetas totales cuanto entre quienes poseían una formación media; no hubo diferencias significativas en este sentido.

## **7.6. Actividad laboral.**

Más de la mitad de las mujeres se definían como “amas de casa” sin desempeñar actividad extradoméstica ni considerarse población “en paro”. En segundo lugar se situaban las mujeres subempleadas que reali-

zaban trabajos de limpieza por horas (11%) como forma de ayudar en la economía familiar, u otra forma de trabajo temporal (8%).

Entre las mujeres consultantes había mayor número de mujeres que trabajaban por temporadas (16%), o que tenían algún tipo de pensión o ayuda económica oficial (pensión de viudedad, separación, enfermedad,...)(10%).

En la población general los malos tratos físicos los sufrían principalmente las mujeres dedicadas a la limpieza por horas, paradas con subsidio de desempleo y quienes realizaban trabajos temporales. Todos estos casos podían ser interpretados como intentos fracasados de autonomía por parte de la mujer, o como amenazas al mantenimiento de control del marido.

Los malos tratos, exclusivamente psicológicos, predominaban entre las mujeres empleadas fijas y en paro. Se encontró que entre las mujeres de población general que no realizaban ninguna actividad extradoméstica (amas de casa "sensu strictu") la frecuencia de malos tratos conyugales era proporcionalmente menor que en los colectivos anteriores.

Entre las mujeres consultantes los malos tratos conyugales (físicos y psicológicos) eran también más frecuentes entre quienes realizaban tareas de limpieza por horas. Un ligero predominio de MTC, exclusivamente psicológicos, se apreciaba también entre las mujeres con trabajo fijo.

Acerca de la pregunta planteada en pag. 47 sobre si los cambios de poder en la familia conllevan cambios en los niveles de violencia familiar; es decir, si cuando las mujeres trabajan fuera de casa y "aumenta" su poder en la familia aumentaría la violencia masculina, cabría responder que sí a la luz de los resultados obtenidos. Se trata, sin embargo, de muestras de poca población y habría que esperar a estudios mas extensos que lo corroboraran.

## **7.7. Edad del cónyuge.**

Los maridos de las mujeres seleccionadas entre la población general tenían una edad media de 43,2 años.

Los maridos de las mujeres consultantes contaban con una edad media de 47,10 años.

La edad del cónyuge, como era de esperar, también fué menor en el caso de las agresiones físicas. Ello está de acuerdo con las cifras halladas en otros estudios, en ámbitos diferentes, acerca de que los hombres maltratadores físicos suelen ser jóvenes.

## **7.8. Educación del cónyuge.**

El nivel de formación académica de los hombres que mantenían convivencia estable con las mujeres incluidas en la muestra, era bajo: una cuarta parte podrían ser considerados analfabetos (no sabían leer ni escribir el 4% y lo hacían muy rudimentariamente el 21% -analfabetos funcionales-), otra cuarta parte tenían una formación básica (19% Certificado de Estudios Primarios y 6% el Certificado Escolar) y otra cuarta parte formación de grado medio (16% Graduado Escolar, 6% FP 2ºGº, BUP o COU, 5% Titulación Media); del resto no se tenía información.

En general, como ocurría con las mujeres consultantes, sus maridos tenían también una formación menor: un 8% eran analfabetos totales y un 50% lo eran funcionales.

También se repitió lo expuesto para el ítem referido a la educación de las mujeres: no se observó una relación clara entre MTC y nivel de formación académica.



## **7.9. Actividad laboral del cónyuge.**

En población general se halló que el número de agresiones físicas era proporcionalmente mayor entre aquella parte mínima de hombres que se responsabilizaban de las tareas domésticas (era el 8%), que estaban en paro, o que recibían alguna pensión de invalidez. De cualquier modo, no había una distribución característica clara de los agresores en función de su actividad laboral.

En el caso de la muestra consultante, los hombres agresores eran proporcionalmente más frecuentes entre quienes contaban con negocio propio, ayudaban a negocio familiar o estaban en paro y no cobraban subsidio de desempleo.

En pag. 73 se hacía alusión a que cuando la seguridad de la familia es cuestionada por alguna fuente de distrés económico (por ejemplo el desempleo), se favorece una alienación de los miembros de la familia en una cultura que, además, prima las reacciones violentas. Según esto, cabría pensar que cuando los miembros de la familia que participan en la economía fracasan en desempeñar sus roles familiares tradicionales, se favorecería la violencia conyugal. En este sentido Gelles (1980) ha señalado cómo los niveles de intensidad de la violencia familiar están directamente relacionados con el estrés social, y cómo el que el hombre no disponga de un estado ocupacional constituye un factor de riesgo de la violencia conyugal. Este hecho también ha sido señalado por Cantrell y col. (1990).

## **7.10. Ideas religiosas.**

El grupo mayoritario estaba formado por mujeres de formación católica, creyentes y no practicantes (64%). Le seguían en frecuencia las mujeres creyentes y practicantes (25%). Es decir, casi el 90% se

consideraban católicas creyentes. Entre las mujeres consultantes había más mujeres católicas practicantes (36%).

Se observó, tanto en consultantes como en población general, que las mujeres que habían sido víctimas de malos tratos conyugales se proclamaban ateas o no creyentes en mayor proporción que las no victimizadas.

No se conocen estudios que permitan una comparación aproximativa, acerca de los MTC, con comunidades de ideología religiosa similar.

### **7.11. La consideración de los malos tratos conyugales como delito.**

El 90% de la muestra total de mujeres consideraba los malos tratos conyugales como una conducta ilícita y punible en todos los casos. No creían que la mujer mereciera dicho trato en ningún caso por parte de su compañero. Esta opinión la mantenía el 100% de las mujeres maltratadas de la población general.

Un 11%, en cambio, creía que los malos tratos conyugales podían estar justificados en determinados casos, generalmente malas conductas de la mujer tales como infidelidades, o el no atender correctamente sus tareas domésticas o a los miembros de la familia. En ningún caso las mujeres señalaron lo justificado de la posibilidad inversa: que estuviesen justificados los MTC al hombre por parte de la mujer en caso de infidelidad o no cumplimiento de sus responsabilidades familiares.

Paradójicamente, en apariencia, en la mayoría de los casos de MTC a mujeres, expuestos por las mujeres del estudio, era el hombre quien cometía infidelidades, manifestaba ideas celotípicas, maltra-

taba también a los hijos, o no aportaba el salario completo al mantenimiento de la economía familiar.

Las mujeres consultantes eran quienes se mostraron más tolerantes y permisivas con el maltrato conyugal. Un 22% de las mujeres consultantes pensaba que los MTC podían estar justificados en determinados casos. Esto sólo lo creía el 5,8% de las mujeres de la población general.

De cualquier manera, suelen ser las mujeres víctimas de malos tratos conyugales quienes tienen una más clara conciencia de que éstos constituyen una conducta ilícita.

## **7.12. Concepto de maltrato psicológico.**

Casi las tres cuartas partes de las mujeres preguntadas incluirían entre las formas de maltrato psicológico las amenazas (69%), los insultos (68%) y el gritar o levantar la voz en público (66%). Algo más de un tercio de las mujeres (36%) incluirían también el que les gritaran o levantaran la voz en privado de forma habitual.

Las mujeres consultantes se mostraban más sensibles a que se les gritara en público. También fueron las pacientes entrevistadas quienes se sentían más afectadas por los insultos o amenazas (96%), en general por los malos tratos exclusivamente psicológicos. En promedio, se observaba que las mujeres victimizadas por agresiones conyugales tenían un concepto más amplio de los malos tratos psicológicos (el 100% consideraba la amenaza como un MT psicológico, por ejemplo), lo que también podría hacer pensar que al catalogar más claramente cualquiera de estas conductas como MTC, se consideren víctimas de malos tratos en mayor medida que el resto.

### **7.13. Factores relacionados con los malos tratos conyugales.**

La mayoría de las mujeres (87%) coincidían en señalar al alcohol como uno de los factores que estaba generalmente presente, de una u otra manera, en los casos de MTC. Se observó cierta sobrevaloración del papel que juega el alcohol en la aparición de los MTC por las mujeres que no los padecen. Aquellas que habían sido víctimas de agresiones conyugales daban menos importancia relativa al alcohol y valoraban también otras cuestiones. Se ha señalado previamente en pg. 85 al hablar del alcohol como factor de riesgo para los MTC, que debe tenerse mucho cuidado de argumentar que el uso del alcohol u otras drogas sean la causa exclusiva de que un individuo agrede, sino que más bien debe situarse en el contexto como una complicación más.

En este sentido me adhiero a los autores que rechazan el uso de la intoxicación como excusa legal de la violencia.

La conexión entre uso de sustancias y violencia es aprendida precozmente y perpetuada dentro de las familias, grupos familiares y estructuras sociales mayores. En la mayoría de las investigaciones efectuadas al respecto se tiende a “excusar” la conducta debido a la presencia de intoxicación (Richardson y Campbell, 1982; Meiselman, 1978; Herman, 1983).

En gran número de los estudios revisados se menciona el alcohol como factor implicado en los casos de violencia familiar en una proporción del 25%-50% (datos de U.S.A.) (Bell). En nuestro estudio esta cifra ha sido mucho mayor, como ha sido remarcado en el apartado anterior.

Otro factor relacionado con los malos tratos conyugales que mostró acuerdo mayoritario fueron los celos como desencadenantes de MTC. Las ideas celotípicas eran especialmente seña-

ladas por las mujeres víctimas de malos tratos exclusivamente psicológicos.

La mitad de las mujeres señalaban también entre otros posibles factores que favorecían la aparición de MTC el paro o cuestiones económicas (51%), la enfermedad mental del agresor (55%) o los hijos no deseados (36%). Ninguno de estos factores tuvo la misma relevancia real constatada cuando se indagó sobre ellos en el grupo de mujeres agredidas salvo el tema de los hijos no deseados.

Sobre esto último, en el grupo de mujeres consultantes víctimas de MTC, sobre todo físicos, se encontró una gran proporción de (5/14), prácticamente un tercio, de embarazo prematrimonial que había precipitado o forzado el matrimonio, lo cual había coincidido con el inicio de los malos tratos y, en bastantes casos, con el consumo excesivo de alcohol por el marido, dudas acerca de la posible ilegitimidad del hijo y malos tratos posteriores al mismo.

Entre las víctimas de MTC se observó con frecuencia (6/14), que los MTC comenzaron o aumentaron en gravedad o frecuencia durante los periodos de gravidez de la mujer (¿porque el hombre sentía amenazado su sentimiento de posesión o disminuía la atención de su mujer hacia él?).

#### **7.14. Reacción (ideal) al maltrato conyugal.**

En este ítem se quería consignar cuál debía ser la respuesta o la conducta a seguir por una mujer, si era víctima de maltrato por su marido, independientemente de que la mujer encuestada en sí, la hubiera llevado a la práctica o no en el caso de que hubiera sufrido malos tratos.

La respuesta más frecuente fué la separación matrimonial. Eran menos proclives a la misma las mujeres consultantes víctimas de MTC.

Entre la población general esta conducta sería idealmente seguida por el 62,5% de las mujeres. Las víctimas de malos tratos físicos eran quienes se mostraban menos favorables a la separación.

El 55% de las mujeres encuestadas creían que los malos tratos conyugales debían ser denunciados a la autoridad. El resto no consideraba útil o eficaz la denuncia. Incluso, a veces, creían que podía ser contraproducente por que no iban a obtener ninguna ayuda o protección, y además, podía aumentar la agresividad del marido o deterioraría más la relación. Las mujeres consultantes son quienes muestran menos tendencia a la denuncia (38%). Por contra, las mujeres de la población general que sufren malos tratos físicos son las que muestran mayor tendencia a la denuncia (aunque la mayor parte de las mismas no lo había hecho).

Un 32% pensaba que había que enfrentarse con el marido agresor. Esta postura era propuesta principalmente por quienes sufren malos tratos físicos.

El 26% de las mujeres pensaba que los MTC deben ser revelados a familiares o conocidos con objeto de obtener ayuda.

Un muy significativo 5% de las mujeres de la muestra total (consultante y población general) piensa que los MTC deben ser soportados. Entre las mujeres consultantes hay mayor número de mujeres que opinan que “hay que aguantar” los MTC (10%). De ellas, las víctimas de malos tratos psicológicos son más conformistas y partidarias de soportarlos.

Entre las mujeres de la población general esta postura fué defendida por el 2,5% de las mujeres (ninguna de ellas había sufrido MTC).

En general, se observó que las mujeres que padecían malos tratos exclusivamente psicológicos eran quienes menos posibilidades efectivas de acción señalaban.

Sobre por qué las mujeres maltratadas mantienen una relación abusiva ya han sido expuestas diversas opiniones (ver 280 y ss) tales como el proceso de “vinculación traumática” (Dutton y Printer, 1981; Walker, 1979 y 1984), factores culturales ya citados: “uno se casa para lo bueno y lo malo”, “hay que amar, obedecer y honrar al marido”, “hay que permanecer juntos por los hijos”, “lo último es irse de casa”, “las mujeres deben aceptar su suerte en la vida”,...etc. Todos ellos acordes con el tradicional rol de pasividad y aceptación de la mujer. También se ha hecho una exposición detallada sobre el llamado Síndrome de Estocolmo como estrategia de supervivencia de la mujer maltratada (ver pg. 57). En la mayoría de las mujeres victimizadas del estudio se cumplen los cuatro requisitos para la presentación de dicho síndrome: que el marido atienda a su sustento, que la mujer no pueda escapar o crea que no puede hacerlo, que esté aislada de los demás y que el abusador muestre alguna amabilidad.

## **7.15. Frecuencia de los malos tratos conyugales.**

Se ha constatado que las mujeres consultantes en los Servicios de Salud Mental presentan un índice de malos tratos conyugales físicos y exclusivamente psicológicos significativamente mayor que las mujeres de la población general (no consultantes) tanto en las áreas urbanas cuanto rurales estudiadas.

### *7.15.1. Malos tratos conyugales en población general.*

Incidencia de malos tratos físicos: 8,33%

Incidencia de malos tratos psicológicos: 21,66%

### *7.15.2. Malos tratos conyugales en población consultante.*

Incidencia de malos tratos físicos: 42%

incidencia de malos tratos psicológicos: 52%

## **7.16. Malos tratos conyugales y Psicopatología.**

Del total de mujeres del grupo de estudio consultante en los Centros de Salud Mental, la mayoría (91%) habían silenciado que hubiesen sufrido malos tratos conyugales cuando se les realizó la historia clínica, así como en las posteriores revisiones periódicas que habían mantenido, en muchos casos durante años, para el seguimiento de su proceso. Sólo cuando se abordó el tema de los malos tratos conyugales de forma clara y con preguntas directas reconocieron haberlos sufrido. La mayoría habían referido mayor o menor número de síntomas diversos o, a lo más, desavenencias conyugales u otro tipo de conflictos de pareja.

Lo anterior pone de relieve, como en otros estudios revisados se había constatado, la necesidad de que el profesional médico se acostumbre a pensar en los MTC como un problema real de salud con repercusiones médicas importantes. Sólo el tener conciencia de la importancia y frecuencia de los MTC puede hacer que el médico pregunte a las mujeres por ellos cuando detecte algún indicio de los mismos, y posibilitar así que la mujer tenga ocasión de hablar de ello. La formación y concienciación de los profesionales de la Atención Primaria y, específicamente, de los Servicios de Salud Mental, constituye una medida básica en la detección de situaciones de riesgo de MTC y en la prevención de patología mayor en la mujer, así como en la correcta canalización y derivación de las víctimas hacia los profesionales adecuados (terapeutas especializados, centros de asesoramiento, casas de acogida, asociaciones de mujeres,....)



Entre las mujeres consultantes se abordó también otra forma de violencia: el abuso sexual en el matrimonio. Un 16% de las mujeres consultantes no consideraba que el abuso, entendido como el mantener relaciones sexuales en contra de la propia voluntad, fuese una forma de maltrato dentro del matrimonio. Esta opinión estaba más extendida entre las mujeres consultantes víctimas de MT precisamente.

Un 28% de las mujeres consultantes estudiadas habían sido violadas por su marido alguna vez, y frecuentemente varias veces. Casi todas las mujeres que habían sufrido abuso sexual habían recibido malos tratos conyugales físicos. Existen mitos y creencias tradicionalmente aceptados por nuestra cultura de que las mujeres “buenas” nunca admiten que ellas quieran sexo, y el papel del hombre es vencer su resistencia, lo que lleva al hombre a justificar su forcejeo (Check y Malamuth, 1983).

Las cifras de abuso sexual halladas son claramente superiores a las halladas en otras investigaciones como la de Finkelhor y Illo (1985), quienes encontraron un 10% de mujeres casadas que habían sido coaccionadas en las relaciones sexuales por su marido usando la fuerza física o amenazas.

Respecto a los trastornos psicopatológicos que motivaban la consulta en el Centro de Salud Mental, las mujeres agredidas físicamente por sus maridos presentaban, con mayor frecuencia que el resto de consultantes, trastornos afectivos (depresivos), trastornos somatoformes y trastornos de personalidad. Sin embargo, los trastornos de ansiedad eran menos frecuentes. Realmente, revisando los diagnósticos a posteriori (una vez conocido el dato de los malos tratos conyugales), cabría pensar si algunas de las mujeres consultantes agredidas de forma más frecuente y continuada no presentaban realmente características de un Trastorno de Estrés Postraumático: depresión, baja autoestima, ansiedad y sentimientos de impotencia, tal como se ha veni-

do señalando desde hace tiempo al describir la psicopatología de la mujer maltratada, o, más frecuentemente, (ver pg. 65) una transformación persistente de la personalidad tras experiencia catastrófica.

## **CONCLUSIONES**

De los resultados obtenidos en esta investigación se concluye lo siguiente:

1. La frecuencia de malos tratos conyugales que incluyen agresión física fué del 8,33% en mujeres de población general, y del 42% en mujeres consultantes en los Centros de Salud Mental.
2. La frecuencia de malos tratos conyugales, exclusivamente psicológicos, fué del 21,66% en población general, y del 52% en población consultante.
3. Se ha confirmado que las mujeres consultantes en los Servicios de Salud Mental estudiados presentan una frecuencia de malos tratos conyugales mayor que las mujeres de la población general (no consultantes), tanto en áreas urbana como rural.
4. No hubo diferencias significativas entre las muestras de población rural y urbana respecto a la frecuencia de malos tratos conyugales.
5. Los malos tratos conyugales que incluyen agresión física son más frecuentes en los estadios iniciales de las parejas estudiadas, siendo las víctimas generalmente mujeres jóvenes.
6. Se observó un aumento en la virulencia de la agresión física durante los periodos gestantes de la mujer.
7. La existencia de malos tratos conyugales se comporta como variable independiente de la educación o situación laboral de la pareja. Sin embargo, parece existir un ligero predominio del maltrato conyugal a las mujeres que realizan alguna actividad laboral extradoméstica (sobre todo en el caso de mujeres subempleadas o trabajadoras temporales).

**8.** En algo más de la mitad de los casos de malos tratos conyugales a mujeres consultantes, incluidas en la investigación, se confirmó la existencia de malos tratos a los hijos, sobre todo al hijo mayor de la pareja.

**9.** En más de la mitad de las pacientes con agresiones conyugales había antecedentes de malos tratos conyugales o infantiles en las familias de origen de la mujer y/o del hombre.

**10.** Entre otras opiniones acerca de los malos tratos conyugales, destaca que un 11% de las mujeres estudiadas creen justificados los malos tratos conyugales en determinadas situaciones.

**11.** Mas de las dos terceras partes de las mujeres consideran los malos tratos psicológicos (amenazas, insultos, humillaciones públicas,...) como formas de agresión conyugal que merecen tratamiento delictivo.

**12.** El alcohol fué señalado por la mayoría de las mujeres (87%) como uno de los factores que estaban generalmente presentes en los casos de maltrato conyugal. Entre las mujeres consultantes maltratadas, la frecuencia con la cual el alcohol estaba implicado en la violencia conyugal, fué superior a la señalada en estudios procedentes de otros países.

No obstante, entre las mujeres víctimas de malos tratos conyugales, se señalaron también otras circunstancias relacionadas con la agresión: los celos (casi siempre asociados a consumo excesivo de alcohol) y los hijos no deseados. Esto último adquiere especial importancia en nuestro ámbito social. Concretamente, se observa una fuerte correlación entre el embarazo prematrimonial, que precipita o fuerza el casamiento, y la aparición de malos tratos conyugales.

**13.** Entre las mujeres consultantes en Salud Mental, un 28% había sufrido abuso sexual en el matrimonio. El abuso sexual solía ser

posterior en la vida del matrimonio a las agresiones psíquicas y físicas.

**14.** El 55% de las mujeres incluidas en el estudio son partidarias de denunciar los malos tratos conyugales a la autoridad. El resto no lo cree útil o eficaz. Entre otras opciones propuestas un muy significativo, cualitativamente, 5% de las mujeres piensa que los malos tratos conyugales deben ser soportados.

**15.** Casi la totalidad de las mujeres consultantes en Salud Mental (91%) habían silenciado los malos tratos conyugales durante la entrevista médica ordinaria. Sólo cuando se abordó el tema de los malos tratos conyugales de forma clara y con preguntas directas los revelaron.

**16.** La mayor parte de las pacientes psiquiátricas estudiadas, consideraba que los malos tratos conyugales eran la causa primaria de su actual trastorno mental, o bien, eran un factor etiológico coadyuvante, posterior y agravante de su patología.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. **Abramson, L.Y. et al. (1978)**  
Learned helplessness in humans: critique and reformulation,  
*Journal of Abnormal Psychology*, 87:49-56.
2. **(1980)**  
Learned helplessness in humans: an attributional analysis.  
En J. Garber y M.E.P. Seligman Eds.,  
*Human helplessness: Theory and applications*,  
New York: Academic Press.
3. **Adams D. y Penn I. (1979)**  
Groups for men; the socialization and re-socialization of men  
who batter,  
*Paper presented at the American Orthopsychiatric Association  
Annual Meeting*, New York, Abril.
4. **Bagarozzi, D.A. (1989)**  
Family measurement techniques: The Conflict Tactics Scales,  
*The American Journal of Family Therapy*. Verano, 7(2):165-168.
5. **Balda Medarde, L. (1987)**  
*Informe sobre malos tratos en la pareja*,  
edita Gobierno de La Rioja, Consejería de Trabajo y Bienestar Social.
6. **Bandura, A. (1972)**  
*A Social Learning Analysis*,  
Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
7. **Barnard, Ch. P. (1990)**  
Alcoholism and sex abuse in the family: incest and marital rape;  
*Aggression, Family Violence and Chemical Dependency*, 131-144.
8. **Becker, J.V. y Abel, G.G. (1978)**  
Men and the victimization of women.  
En Chapman, J.R. y Gates, M. (eds)  
*The victimization of women*, Sage Yearbooks in women's Policy  
Studies, vol 3, Sage, Beverly Hills.



- 9. Bem, S.L. (1977)**  
Beyond androgyny: some presumptuous prescriptions for a liberated sexual identity. En j. Sherman y F. Denmark (Eds.), *The future of women: Issues in psychology*, New York: Psychological dimensions.
- 10. Benedeck, E.P. (1988)**  
*Baseball, apple pie and violence: Is it American?*.  
En Dickstein L.J., Nadelson C.C. Eds:  
Family Violence. Washington DC, APPI.
- 11. Berk, R. et al. (1983)**  
Mutual combat and other family violence myths.  
En *The dark side of families: current family violence research*, editado por Finkelhor et al., Beverly Hills, CA: Sage.
- 12. Bernard, Ch. (1989)**  
Alcoholism and sex abuse in the family: incest and marital rape;  
*Journal of Chemical Dependency Treatment*, 3(1).
- 13. Bernard, G.W. et al. (1982)**  
Till death do us part;  
*Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law*, 10(4).
- 14. Bidwell, L. y White, P. (1986)**  
The family context of marital rape,  
*Journal of Family Violence*, 1(3):277-287.
- 15. Biller, B. y Solomon, S. (1986)**  
*Child maltreatment and paternal deprivation a manifesto for research, prevention and treatment*,  
Lexington Books, D.C. Heath and Co., Lexington, MA/Toronto.
- 16. Binney, V. et al (1981)**  
*Leaving violent men*,  
London: Women's Aid Federation.

- 17. Bolton, F. y Bolton, S. (1987)**  
*Working with violent families*,  
Newbury Park: Sage Publications.
- 18. Bowker, L. y Mauer, L. (1987)**  
The medical treatment of battered wives,  
*Women and Health*, 12(1):25-45.
- 19. Brickman, P. et al. (1982)**  
Models of helping and coping,  
*American Psychologist*, 37(4):368-384.
- 20. Browne, A. y Finkelhor, D. (1986)**  
Impact of child sexual abuse: a review of the research,  
*Psychological Bulletin*, 98(1):66-77.
- 21. (1987)**  
*When battered women kill*,  
New York: The Free Press, 1.987.
- 22. Brush, L. D. (1990)**  
Violent acts and injurious outcomes in married couples: methodological issues in the National Survey of families and households,  
*Gender & Society*, March:56-67.
- 23. Burris, C. y Jaffe, P. (1984)**  
Wife-battering: a well kept secret,  
*Canadian Journal of Criminology*, 26(2):171-177.
- 24. Cantoni, L. (1981)**  
Clinical issues in domestic violence,  
*Social casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 62:3-12.
- 25. Cantrell, P. J. et al. (1990)**  
Violent tactics in family conflict relative to familial and economic factors,  
*Psychological Reports*, 66:823-828.

- 26. Caplan, P. J. (1984)**  
The myth of women's masochism,  
*American Psychologist*, 39:130-139.
- 27. Cappell, Ch. y Robert, B.H. (1990)**  
The intergenerational transmission of family aggression,  
*Journal of Family Violence*, 5(2):135-152.
- 28. Carlson, B.E. (1990)**  
Adolescent observers of marital violence,  
*Journal of Family Violence*, 5(4):285-299.
- 29. Carmen E.H. et al. (1984)**  
Victims of violence and psychiatric illness,  
*American Journal Psychiatry*, 141:378-383.
- 30. Cermak, T.L. (1986)**  
*Diagnosing & treating co-dependence*,  
Minneapolis: Johnson Institute Books.
- 31. Coates, C.J., Leong, D.J. & Lindsey, M. (1987)**  
Personality differences among batterers voluntarily seeking  
treatment and those ordered to treatment by the court,  
*Paper presented at the Third National Family Violence Research  
Conference*, Durham, July
- 32. Coleman, K. H. (1980)**  
Conjugal violence: What 33 men report,  
*Journal of marital and Family Therapy*, 6:207-213.
- 33. Conn, L. y Lion J. (1984)**  
Pharmacologic approaches to violence,  
*Psychiatric Clinics of North America*, 7(4):879-886.
- 34. Cooley, C.H. (1964)**  
*Human Nature and the Social Order*, Schocken, New York.

- 35. Cook, D.R. & Frantz-Cook, A. (1984)**  
A sistematic treatment approach to wife battering,  
*Journal of Marital and Family Therapy*, 10(1):83-93.
- 36. Coser, L.A. (1967)**  
*Continuities in the Study of Social Conflict*,  
Free Press, New York.
- 37. (1971)**  
*Masters of Sociological Thought: Ideas in Historical and Social Context*,  
Harcourt Brace Jovanovich, New York.
- 38. Chapman, J.R. (1978)**  
The economics of women's victimization,  
en Chapman, J.R. y Gates, M. (eds),  
*The Victimization of Women*,  
Sage Yearbooks in Women's Policy Studies, vol 3, Sage,  
Beverly Hills.
- 39. Chapman, J. y Gates, M. (1978)**  
*The victimization of women*,  
Beverly Hills, Sage.
- 40. Check, J.V.P. y Malamuth, N.M. (1983)**  
Sex role stereotyping and reactions to depictions of stranger versus  
acquaintance rape,  
*Journal Of Personality & Social Psychology*, 45:344-356.
- 41. DSM III (R) (1988)**  
*Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales*,  
Masson, S.A., Barcelona.
- 42. Daley, D. et al. (1987)**  
*Dual Disorders*,  
Centre City, MN.: Hazelden Press, 1.987.

**43. Davidovich, J.R. (1990)**

Men who abuse their spouses: social and psychological supports,  
*Journal of Offender Counseling-Services and Rehabilitation*,  
15(1):27-44.

**44. Demos, J. (1979)**

Images of the american family, then and now. '  
En Tufte, V. y Myerhoff, B. (eds)  
*Changing Images of the family*,  
Yale University Press, New Haven.

**45. Deutsh, H. (1944)**

*The psychology of women*, Vol. 1, New York: Grune y Stratton.

**46. Dickstein, L.J. (1988)**

Spouse abuse and other domestic violence,  
*Psychiatric Clinics of North America*,  
Diciembre, 11(4):611-627.

**47. Dilalla, L.F. & Gottesman, I.I. (1991)**

Biological and genetic contributors to violence-widom's untold tale;  
*Psychological Bulletin*, 109(1):125-129.

**48. Dobash, R.E. & Dobash, R. (1979)**

*Violence against Wives*, New York:Free Press.

**49. Douglas, M.A. y Strom, J. (1984)**

Mental health risk: a study of battered women and abusive men.  
Paper presented at the  
*Second National Conference for the Family Violence Researchers*,  
Durham, New Hampshire.

**50. (1986)**

Assesment of the battered women syndrome.  
Paper presented at the *Annual Convention of the Association for the  
Advancement of Behavior Therapy*,  
Noviembre.

- 51. (1988)**  
Cognitive Therapy with battered women,  
*Journal of Rational-Emotive and cognitive-Behavior Therapy*,  
Primavera/verano, 6 (1 y 2):33-49.
- 52. Dutton, D. y Painter, S.L. (1981)**  
Traumatic bonding: the development of emotional attachments in  
battered women and other relationships of intermitent abuse,  
*Victimology: An International Journal*, 6:139-155.
- 53. Dutton, D. y Strachan, C. (1987)**  
Motivational needs for power,  
*Violence and Victims*, 2(3).
- 54. Elbow, M. (1977)**  
Theoretical considerations of violent marriages,  
*Social Casework*,  
Noviembre:515-526.
- 55. Elliot, F. (1977)**  
Neurological cases and cures of explosive rage,  
*Medical Opinion*, Febrero: 34-46.
- 56. Emery, R.E. (1982)**  
Interparental conflict and the children of discord and divorce,  
*Psychological Bulletin*, 92:310-330.
- 57. (1989)**  
Family violence,  
*American Psychologist*,  
Febrero, 44(2):321-328.
- 58. Eron, L.D. (1982)**  
Parent-child interaction, television violence,  
and aggression of children,  
*American Psychologist*, 37:197-211.

**59. Fantuzzo, J.W. et al. (1991)**

Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children,  
*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(2):258-265.

**60. Farrington, K. (1986)**

The application of stress theory to the study of family violence: principles, problems and prospects,  
*Journal of Family Violence*, 1(2):131-146.

**61. Feeley, D. (1972)**

The family. En Jenness, L. (eds)  
*Feminism and Socialism*, Panthinder Press, New York.

**62. Finkelhor, D. y Yllo, K. (1985)**

*License to rape: Sexual abuse of wives*,  
New York: Holt, Rinehart y Winston.

**63. Freud, S. (1933)**

El problema económico del masoquismo,  
*Obras Completas*,  
Tomo VII, Biblioteca Nueva, Madrid.

**64. Geffner, R. (1987)**

Research/treatment issues: are all abusers the same?,  
*Family Violence Bulletin*, 3(4):4.

**65. Gelles, R.J. (1972)**

*The violent home: a study of the physical aggression between husbands and wives*.  
Beverly Hills, California: Sage Publications.

**66. (1980)**

Violence in the family: a review of the research in the seventies,  
*Journal of Marriage and the Family*, 42:873-885.

**67. Gelles, R.J. (1979)**

*Family Violence*,  
Sage, Beverly Hills.

**68. (1980)**

Violence in the family: a review of research in the seventies,  
*J. Marriage Fam.*, 42:873-884.

**69. Gelles, R.J. y Straus, M. (1979)**

Determinants of violence in the family: toward a theoretical integration, en Burr, W.R., Hill, R., Nye, F.I., y Reiss, I.L. (eds),  
*Contemporary Theories about the Family*,  
Free Press, New York.

**70. (1980)**

Violence in the american family,  
*Journal of Social Issues*, 35:15-37

**71. Gil (1973)**

Violence against children  
*Journal Marriage Fam*, 33:637-657.

**72. Goldsmith, H.R. (1990)**

Men who abuse their spouses:  
an approach to assessing future risk,  
*Clinical Treatment of the Criminal Offender*, 45.

**73. Gómez, S. (1988)**

Maltrato infantil: un problema multifacético,  
*Revista Latinoamericana de Psicología*, 20(2):149-161.

**74. Gondolf, E.W. (1987)**

Who are those guys?,  
*Paper presented at the Third National Family Violence Research Conference*, Durham, July.



**75. Goodwin, J. (1985)**

Family violence: Principles of intervention and prevention,  
*Hospital and Community Psychiatry*, 36(10):1074-1079.

**76. Goolkasian, G.A. (1986)**

Confronting domestic violence: the role of criminal court judges,  
*Research in Brief*,  
Washington, DC: National Institute of Justice, Noviembre.

**77. Hamberger, K.L. y Hastings, J.E. (1986a)**

Personality correlates of men who abuse their partners:  
a cross-validation study,  
*Journal of Family Violence*, 1(4):323-341.

**78. (1986b)**

Characteristics of spouse abusers:  
predictors of treatment acceptance,  
*Journal of Interpersonal Violence*, Septiembre, 1(3):363-373

**79. Hanks, S.E. y Rosenbaum, C.P. (1977)**

Battered women: a study of women who live with violent  
alcohol-abusing men,  
*American Journal of Orthopsychiatry*, 47(2):291-306.

**80. Hare-Mustin, R.T. y Mareck, J..(1986)**

Autonomy and gender: some questions for therapists,  
*Psychotherapy*, 23(2):205-212.

**81. Hasting, J.E. & Hamberger, L.K. (1988)**

Personality characteristics of spouse abusers:  
A controlled comparison,  
*Violence and Victims*, 3(1):31-48.

**82. Herman, J. (1983)**

Recognition & treatment of incestuous families,  
*International Journal of family therapy*, 5(2):81-91.

**83. (1988)**

Recognition and treatment of incestuous families,  
En Dickstein L.J., Nadelson C.C. (Eds):  
*Family Violence*, Washington DC APPI.

**84. Hilberman, E. & Munson, K. (1977)**

Sixty battered women,  
*Victimology*, 2:460-470.

**85. Hofeller, K.H. (1982)**

*Social, psychological and situational factors in wife abuse*,  
Palo Alto, Ca.: R y E Research Associates.

**86. (1983)**

*Battered Women, Shattered Lives*,  
California: R & E Research associates.  
Hughes, H.M. y Bard, S.J.

**87. (1983)**

Psychological functioning of children in battered women's shelter:  
a preliminary investigation,  
*American Journal of Orthopsychiatry*, 53:525-531.

**88. Hotaling, G.T. y Sugarman, D.B. (1986)**

An analysis of risk markers in husband-to-wife violence:  
The current state of knowledge,  
*Violence and Victims*, 1(2):101-124.

**89. Hotaling, G.T. y Finkelhor, Kirkpatrick and Straus (1988)**

*Family Abuse and its Consequences*,  
Calif.: Sage Publishing.

**90. Jaffe, P. et al. (1985)**

Critical issues in the assessment of children's adjustment to witness-  
ing family violence,  
*Canada's Mental Health*, Diciembre:15-19.

**91. Jobling, M. (1974)**

Battered wives: a survey,  
*Social Service Quarterly*, 97:142-146.

**92. Johnson, N. (1985)**

Police, social work and medical responses to battered women,  
*Marital violence: sociological review monographs*,  
31:109-123, London: Routledge y Kegan Paul.

**93. Jones, A. (1980)**

*Women who kill*.  
New York: Holt, Rinehart y Winston.

**94. Kaplan, A.J. (1979)**

Clarifying the concept of androgyny: implications for therapy,  
*Psychology of Women Quarterly*, 3:223-230.

**95. Katz, S. y Mazur, M.A. (1979)**

*Understanding the rape victim*,  
New York: John Wiley.

**96. Kout, T. et al. (1985)**

A behavioral approach to assessing and treating Post-Traumatic  
Stress Disorder in Vietnam veterans, en Figley, Ch. (eds),  
*Trauma and Its Wake*, New York: Brunner/Mazel, 257-294.

**97. Kurz, D. (1987)**

Responses to battered womwn: resistance to medicalization,  
*Social Problems*, 34:501-13.

**98. (1989)**

Social science. Perspectives on wife abuse: current debates and  
future directions,  
*Gender & Society*, December: 489-505.

**99. Lader, W.F. (1984)**

A validation study of the lader attitudes toward violence against Wives scale,  
*Doctoral dissertation*, Nova University.

**100. Lent, B. (1986)**

Diagnosing wifw assault,  
*Canadian Family Physician*, 32:547-549.

**101. Levine, M.B. (1975)**

Interparental violence and its effects on the children:  
a study of 50 families in general practice,  
*Medicine and the Law*, 15:172-176.

**102. Lewis, D.O. (1985)**

Report of a study of 33 juvenile delinquents,  
*Psychiatric News*, Junio 21.

**103. Lewis, C. et al. (1986b)**

Clinical and family correlates of alcoholism in men with Unipolar Depression,  
*Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 10(6):657-662.

**104. Liazos, A. (1972)**

The poverty of the sociology of deviance. Nuts, sluts, and preverts,  
*Social Problems*, 20:103-120.

**105. Lundberg, S.G. (1990)**

Domestic violence: a psychodynamic approach implications for treatment,  
*Psychotherapy*, Summer, 27(2):243-248.

**106. McCahill, T.W. et al. (1979)**

*The aftermath of rape*,  
Lexington, MA: Lexington Books.

- 107. MacLeod, L. (1980)**  
*Wife battering in Canada: the vicious circle*,  
Ottawa: Canadian Advisory Council on the Status of Women.
- 108. Maiuro, R.D. et al. (1988)**  
Anger, hostility and depression in domestically violent versus generally assaultive men and nonviolent control subjects,  
*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1):17-23.
- 109. Marshall, L.L. y Rose, P. (1988)**  
Family of origin violence and courtship abuse,  
*Journal of Consulting and Development*, Mayo(66):414-418.
- 110. Martin, D. (1976)**  
*Battered wives*.  
San Francisco: Glide Publications.
- 111. Mayhall, P.P. et al. (1983)**  
*Child abuse and neglect - sharing responsibility*,  
John Wiley and Sons, NY:  
Chichester Brisbane, Toronto, Singapore.
- 112. Mead, G.H. (1934)**  
*Mind, Self and Society*,  
University of Chicago Press, Chicago.
- 113. Megargee, E.L. y Hockanson, J.E. (1970)**  
*The Dynamics of Agression*,  
New York:Harper & Row Publishers.
- 114. Meiselman, K.C. (1978)**  
*Incest*,  
San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- 115. Metha, P. y Dandrea, L.A. (1988)**  
The battered woman,  
*American Family Physician*, 37(1):193-199.

- 116. Merton, R.K. (1968)**  
*Social Theory and Social Structure*,  
Free Press, New York.
- 117. Mills, T. (1985)**  
The assault on the self: stages in coping with battering  
husbands,  
*Qualitative Sociology*, 8:103-23.
- 118. Murphy, C.M. & O'Leary, D. 1.989**  
Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage,  
*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5):579-582.
- 119. Neidig, P.H. y Friedman, D.H. (1984)**  
*Spouse abuse: a treatment program for couples*,  
Champaign, Illinois: Research Press Co.
- 120. Nuttall, S. et al. (1985)**  
Wife battering: an emerging problem in public health,  
*Canadian Journal of Public Health*, 76:297-299.
- 121. Oglov, L. (1985)**  
Treatment for abusive men: do physicians have a role?  
*Canadian Medical Association Journal*, 133:58-60.
- 122. O'Leary, K.D. et al.(1989)**  
Prevalence and stability of physical aggression between spouses:  
a longitudinal analysis,  
*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57:263-268.
- 123. Ollman, B. (1971)**  
*Alienation*,  
University Press, Cambridge.
- 124. Pagelow, M.D. (1981)**  
Factors affecting women's decisions to leave violent relationship,  
*Journal of Family Issues*, 2:391-414.

**125. Patterson, G.R. (1985)**

A microsocal analysis of anger and irritable behavior, en Chesney, Margaret y Rosenman, Ray (eds),  
*Anger and Hostility in Cardiovascular and Behavioral Disorders*,  
New York: Hemisphere Publishing, 83-100.

**126. Pizzey, E. (1974)**

*Scream quietly or the neighbors will hear*,  
Harmondsworth, Great Britain: Penguin.

**127. Pleck, E. et al. (1978)**

The battered data syndrome: a comment on Steinmetz's article,  
*Victimology*, 2:680-683.

**128. Porter, B. y O'Leary, K. (1980)**

Marital discord and childhood behaviour problems,  
*Journal of Abnormal Child Psychology*, 80:287-295.

**129. Potter-Efron, R. y Potter-Efron, P. (1985)**

Family violence as a treatment issue with chemically  
dependent adolescents,  
*Alcoholism Treatment Quarterly*, 2(2):1-15.

**130. (1990)**

Differential diagnosis of physiological, psychiatric ans sociocultural  
conditions associated with aggression and substance abuse,  
*Aggression, Family Violence and Chemical Dependency*, 37-59.

**131. Prescott, S. y Letko, C. (1977)**

Battered women : a social psychological perspective. En Roy, M. (eds)  
*Battered women: A Psychological Strategy of Domestic Violence*,  
Van Nostrand y Rienshold, New York.

**132. Prodgers, A. (1984)**

Psychopathology of the physically abusing parent:  
a comparison with the Bordeline Syndrome,  
*Child Abuse and Neglect*, 8:411-424

**133. Rada, R. (1981)**

The violent patient: rapid assessment and management,  
*Psychosomatics*, 22(2):101-109.

**134. Reid, W. y Balis, G. (1986)**

Evaluation of the violent patient, en Frances, A. y Hales, R. (Eds),  
*American Association Annual Review*,  
Vol 5, Washington DC.: american Psychiatric Press, 491-509.

**135. Resick, P.A. (1983)**

The rape reaction: Research findings & implications for intervention,  
*Behavior Therapist*, 6:129-132.

**136. Richardson, D. (1981)**

The effect of alcohol on male aggression toward female targets,  
*Motivation & Emotion*, 5:333-344.

**137. Richardson, D. y Campbell, J.L. (1982)**

The effect of alcohol on attributions of blame for rape,  
*Personality & Social Psychology Bulletin*, 8:468-476.

**138. Roberts, A. (1987)**

Psychosocial Characteristics of batterers: a study of 234 men  
charged with domestic violence offenses,  
*Journal of Family Violence*, 2(1):81-93.

**139. Rose, K. y Saunders, D. (1986)**

Nurses' and physicians' attitudes about women abuse:  
The effects of gender and professional role,  
*Health Care for Women International*, 7:427-438.

**140. Rosenbaum, A. y O'Leary, D.K. (1981a)**

Marital violence: characteristics of abusive couples,  
*Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49:63-71.



**141. (1981b)**

Children: the unintended victims of marital violence,  
*American Journal of Orthopsychiatry*, 51:692-699.

**142. Rosenbaum, A. (1986)**

Of men, macho and marital violence,  
*Journal of family violence*, 1(2):121-129.

**143. Rowbotham, S. (1973)**

*Woman's Consciousness, Man's World*,  
Penguin, Baltimore.

**144. Russell, D.E.H. (1984)**

*Sexual exploitation: rape, child sexual abuse, & workplace  
harraament*,  
Beverly Hills: Sage Publications.

**145. Russell, G. (1985)**

Narcissism and the narcissistic personality disorder:  
a comparison of the Theories of Kernberg and Kohut,  
*British Journal of Medical Psychology*, 58:137-148.

**146. Rutter, M. (1971)**

Parent-child separation: psychological effects on the children,  
*Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 12:233-260.

**147. (1979)**

Protective factors in children's responses to stress and disadvatage,  
*Primary Prevention*, 3:49-74.

**148. Saunders, D.G. (1986)**

When battered women use violence: husband-abuse or self-defense,  
*Violence and Victims*, 1(1):47-60.

**149. (1988)**

A typology of men who batter their wives:  
Three types derived from cluster analysis, (In press).

**150. Seligman, M.E.P. (1975)**

*Helplessness: on depression, development and death*,  
San Francisco:W.H. Freeman.

**151. Sherman, L.W. y Berk, R.A. (1984)**

*The Minneapolis domestic violence experiment*,  
Washington, DC: Police Foundation.

**152. Schukit, M. y Russell, J. 1984**

An evaluation of primary alcoholics with histories of violence,  
*Journal of Clinical Psychiatry*, 45:3-6.

**153. Shuerger, J.M. y Reigle, N. (1988)**

Personality and biographic data that characterize men who abuse  
their wives,  
*Journal of Clinical Psychology*, 44(1):75-81.

**154. Silver, J. et al. (1987)**

Aggressive behavior in patients with neuropsychiatric disorders,  
*Psychiatric Annals*, 17(6):367-370.

**155. Sonkin, D.J. et al. (1985)**

*The male batterer: a treatment approach*,  
New York: Springer Publishing Co.

**156. Stacey, W. y Shupe, A. (1983)**

*The family Secret: Domestic Violence in America*,  
Mass.: Beacon Press.

**157. Star, B. (1977-78)**

Comparing battered and nonbattered women,  
*Victimology*, 3:32-44

**158. Stark, E. et al. (1979)**

Medicine and patriarchal violence: the social construction of a  
"private" event,  
*International Journal of Health Services*, 98:461-91.

- 159. Stark, E. & Flitcraft, A. (1985)**  
Woman battering, child abuse and social heredity:  
what is the relationship?, pp 147-71 en  
*Marital violence*,  
editado por Norman Johnson, Londres: Routledge & Kegan Paul.
- 160. Steinmetz, S. (1977)**  
*The cycle of violence: assertive, aggressive, and abusive family interaction*,  
New York, Praeger.
- 161. (1977-78)**  
The battered husband Syndrome,  
*Victimology: An International Journal*, 2:499-509.
- 162. (1978)**  
Violence between family members,  
*Marriage Fam. Rev.*, 1:1-16.
- 163. Straus, M. et al. (1980a)**  
*Behind closed doors: violence in the american family*,  
New York: Anchor Books.
- 164. (1980b)**  
Victims and aggressors in marital violence,  
*American Behavioral Scientist*, 23:681-704.
- 165. (1983)**  
Ordinary Violence, Child abuse, and wife beating: what do they  
have in common?, pp 213-34 en  
*The dark side of families: current family violence research*,  
editado por D. Finkelhor et al., Beverly Hills, CA: Sage.
- 166. Suh, E.K. (1990)**  
The impact of spousal violence on the children of the abused,  
*Journal of Independent Social Work*, 4(4):27-34.

- 167. Svračić, D. (1986)**  
The real self of narcissistic personalities,  
*The American Journal of Psychoanalysis*, 46(3):219-229.
- 168. Tardiff, K.(1986)**  
Determinants of human violence, en Frances A. y Hales, R (eds),  
*American Psychiatric Annual Review*, 5:451-464.
- 169. Toch,H. (1969)**  
*Violent men: An Inquiry into the Psychology of Violence*,  
Chicago:Aldine Publishing Company.
- 170. (1986)**  
True to you, Darling, in My Fashion.  
En *Violent transactions: The Limits of Personality*,  
Eds. Anne Cambell y John J.Gibbs. New York: Basil Blackwell.
- 171.Thorne, B. (1982)**  
Feminist rethinking of the family: an overview. en Thorne,  
B. y Yalom, K. (eds)  
*Rethinking the family: some Feminist Questions*,  
Longman, New York.
- 172.Trute, B. et al (1988)**  
Medical response to wife abuse: a survey of physicians: attitudes  
and practices,  
*Canadian Journal of Community Mental Health*, 7(2):61-71.
- 173. U.S. Department of Justice, Federal bureau of  
Investigation (1984)**  
*Uniform crime reports for 1.983*,  
Washington: U.S. Government Printing Office.
- 174. U.S. Department of Health, Education and Welfare (1980)**  
*Domestic violence*,  
Washington, DC:U.S. Government Printing Office.

- 175. Vaglum, S. y Vaglum, P. (1985)**  
Bordeline and other Mental Disorders in alcoholic female alcoholic psychiatric patients,  
*Psychopathology*, 18:50-60.
- 176. Voydanoff, P. (1984)**  
Economic distress and families,  
*Journal of Family Issues*, 5:273-288.
- 177. Walker, L.E. (1979)**  
*The battered woman*.  
New York: Harper y Row.
- 178. (1984)**  
*The battered woman syndrome*,  
New York:Springer Publishing Co.
- 179. (1985)**  
Feminist therapy with victims/survivors of interpersonal violence.  
En L.B. Rosewater y L.E.A. Walker (Eds),  
*Handbook of feminist therapy: women's issues in psychotherapy*,  
New York:Springer.
- 180. Wender, P. et al. (1985)**  
A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention Deficit Disorder, Residual Type, in adults,  
*American Journal of Psychiatry*, 142(5):547-552.
- 181. Widom, C.S. (1989)**  
Does violence beget violence?  
A critical examination of the literature,  
*Psychological Bulletin*, 106(1):3-28.
- 182. Wilson, J. et al. (1985)**  
A comparative analysis of PTSD among various survivor groups, en Figley, CH. (eds)  
*Trauma and Its Wake*, New York: Brunner-Mazel: 142-172.

**183. Wise, M.L. (1989)**

Adult self-injury as a survival response in victim-survivors of childhood abuse,  
*Journal of Chemical Dependency Treatment*, 3(1).

**184. Wit, D.D. (1987)**

A conflict theory of family violence, *Journal of Family Violence*,  
2(4):291-301.

**185. Wolfgang, M. y Ferrecutti, F. (1967)**

*The Subculture of Violence*, Barnes y Noble, New York.

**186. Wolfe, J.L. (1985)**

Women. En A. Ellis y M.E. Bernard (EDs),  
*Clinical applications of rational-emotive therapy*,  
New York: Plenum Press.

**187. Youngstrom, N. (1991)**

"Stockholm syndrome" seen in abused women,  
*Public interest*, Noviembre: 31.

# ANEXO I

## Protocolo A

**Años de matrimonio:**

**Años de separación en su caso:**

**Número de hijos:**

**Nivel académico:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto/a       | <input type="checkbox"/> FP2 o BUP o COU     | <input type="checkbox"/> Sabe leer y/o escribir |
| <input type="checkbox"/> Estudios Primarios | <input type="checkbox"/> Titulación Superior | <input type="checkbox"/> Graduado Escolar       |
|   |  | <input type="checkbox"/> Titulación Media       |

**Situación laboral:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ama de casa         | <input type="checkbox"/> Limpia/horas     | <input type="checkbox"/> Ayuda negocio fam.    |
| <input type="checkbox"/> Negocio propio      | <input type="checkbox"/> Obrero/a fijo/a  | <input type="checkbox"/> Parado/a con subsidio |
| <input type="checkbox"/> Trabajos temporales | <input type="checkbox"/> Pensión viu/sep. | <input type="checkbox"/> Parado/a sin subsidio |

**Edad del cónyuge:**

**Situación laboral del cónyuge:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ama de casa         | <input type="checkbox"/> Limpia/horas     | <input type="checkbox"/> Ayuda negocio fam.    |
| <input type="checkbox"/> Negocio propio      | <input type="checkbox"/> Obrero/a fijo/a  | <input type="checkbox"/> Parado/a con subsidio |
| <input type="checkbox"/> Trabajos temporales | <input type="checkbox"/> Pensión viu/sep. | <input type="checkbox"/> Parado/a sin subsidio |

**Nivel académico del cónyuge:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Analfabeto/a       | <input type="checkbox"/> FP2 o BUP o COU     | <input type="checkbox"/> Sabe leer y/o escribir |
| <input type="checkbox"/> Estudios Primarios | <input type="checkbox"/> Titulación Superior | <input type="checkbox"/> Graduado Escolar       |
|   |  | <input type="checkbox"/> Titulación Media       |

**Religión:**

- Formación católica. Ateísmo
- Formación católica. No creyente.
- Formación católica. Creyente. No practicante
- Formación católica. Creyente. Practicante
- Otras religiones:

**Opinión sobre existencia de malos tratos en la pareja:**

- Los malos tratos no se pueden consentir ni justificar en ningún caso.
- Los malos tratos pueden estar justificados en determinados casos, por ejemplo:
- Los malos tratos son una práctica correcta y lícita en la pareja.



**De la siguiente lista de situaciones, ¿en cuál o cuáles se consideraría usted víctima de malos tratos:**

- Malos tratos Psíquicos:**
- Si alguien le grita o le levanta la voz en privado.
  - Si alguien le grita o le levanta la voz en público.
  - Si alguien le insulta.
  - Si alguien le amenaza con pegarle.

- Abuso sexual:**
- Si su pareja la fuerza a mantener contacto sexual contra su voluntad.

- Malos tratos físicos:**
- Si alguien le pega o golpea.

**¿Por que cree que se producen los malos tratos, o con que circunstancias estarian relacionados?**

- Alcohol.
- Celos.
- Paro.
- Hijos no deseados.
- Enfermedad Mental.
- Otros.

**¿Cual debería ser la reacción de la persona maltratada por su pareja?**

- Debe soportarlo.
- Debe enfrentarse a su pareja.
- Debe separarse.
- Debe hacerlo público: familia, amigos...
- Debe denunciarlo a la autoridad.
- Otras actitudes.

**¿Cómo podrian evitarse los malos tratos?**

**¿Cómo se puede ayudar a la víctima de los malos tratos?**

**¿En alguna ocasión se ha sentido maltratada/o físicamente por su pareja?**

**¿En alguna ocasión ha sufrido abuso sexual?**

**¿En alguna ocasión se ha sentido maltratada/o psíquicamente por su pareja?**

**¿En alguna ocasión ha sido usted el agresor? Tipo de agresión.**

**Sexo:**  Mujer  Hombre

**Estado Civil:**  Soltera/o  Viuda/o

Casada/o  Separada/o

**Fecha:**

## **ANEXO II**

## Protocolo B

Grupo Población Consultante General

**Años de matrimonio:**

**Años de separación en su caso:**

**Número de hijos:**

**Nivel académico:**

Analfabeto/a

FP2 o BUP o COU

Sabe leer y/o escribir

Estudios Primarios

Titulación Superior

Graduado Escolar

Titulación Media

**Situación laboral:**

Ama de casa

Limpia/horas

Ayuda negocio fam.

Negocio propio

Obrero/a fijo/a

Parado/a con subsidio

Trabajos temporales

Pensión viu/sep.

Parado/a sin subsidio

**Edad del cónyuge:**

**Situación laboral del cónyuge:**

Ama de casa

Limpia/horas

Ayuda negocio fam.

Negocio propio

Obrero/a fijo/a

Parado/a con subsidio

Trabajos temporales

Pensión viu/sep.

Parado/a sin subsidio

**Nivel académico del cónyuge:**

Analfabeto/a

FP2 o BUP o COU

Sabe leer y/o escribir

Estudios Primarios

Titulación Superior

Graduado Escolar

Titulación Media

**Religión:**

Formación católica. Ateísmo

Formación católica. No creyente.

Formación católica. Creyente. No practicante

Formación católica. Creyente. Practicante

Otras religiones:

**Opinión sobre existencia de malos tratos en la pareja:**

Los malos tratos no se pueden consentir ni justificar en ningún caso.

Los malos tratos pueden estar justificados en determinados casos, por ejemplo:

Los malos tratos son una práctica correcta y lícita en la pareja.

**De la siguiente lista de situaciones, ¿en cuál o cuáles se consideraría usted víctima de malos tratos:**

- Malos tratos Psíquicos:**
- Si alguien le grita o le levanta la voz en privado.
  - Si alguien le grita o le levanta la voz en público.
  - Si alguien le insulta.
  - Si alguien le amenaza con pegarle.

- Abuso sexual:**
- Si su pareja la fuerza a mantener contacto sexual contra su voluntad.

- Malos tratos físicos:**
- Si alguien le pega o golpea.

**¿Por que cree que se producen los malos tratos, o con que circunstancias estarian relacionados?**

- Alcohol.
- Celos.
- Paro.
- Hijos no deseados.
- Enfermedad Mental.
- Otros.

**¿Cual debería ser la reacción de la persona maltratada por su pareja?**

- Debe soportarlo.
- Debe enfrentarse a su pareja.
- Debe separarse.
- Debe hacerlo público: familia, amigos...
- Debe denunciarlo a la autoridad.
- Otras actitudes.

**¿Cómo podrian evitarse los malos tratos?**

**¿Cómo se puede ayudar a la víctima de los malos tratos?**

**¿En alguna ocasión se ha sentido maltratada/o físicamente por su pareja?**

**¿En alguna ocasión ha sufrido abuso sexual?**

**¿En alguna ocasión se ha sentido maltratada/o psíquicamente por su pareja?**

**¿En alguna ocasión ha sido usted el agresor? Tipo de agresión.**

**Sexo:**

Mujer

Hombre

**Nombre:**

**Edad:**

**Fecha toma de datos:**

**Domicilio actual (zona):**

**Estado Civil:**

Soltera/o

Viuda/o

Casada/o

Separada/o

**Diagnóstico actual (DSM-III-R)**

**Diagnósticos anteriores:**

**Fecha:**

**Fecha de 1ª consulta y/o inicio de los síntomas.**

## **ANEXO III**

## Entrevista semiestructurada

Grupo Población consultante Malos Tratos

**Nombre:**

**Fecha de matrimonio:**

**Características de los malos tratos:**

***Malos tratos psíquicos:***

- Fecha de comienzo:
- Tipo:
- Frecuencia:
- ¿Con que se relacionan?
- Reacción razonada (razones ideológicas, religiosas, económicas, afectivas, vergüenza, miedo, otras, ...)

***Malos tratos físicos:***

- Fecha de comienzo:
- Tipo:
- Frecuencia:
- ¿Con que se relacionan?
- ¿Requirieron tratamiento médico de algún tipo?
- Reacción razonada:

***Abuso sexual:***

- Fecha de comienzo:
- Tipo:
- Frecuencia:
- ¿Con que se relacionan?
- ¿Hubo síntomas físicos secundarios?
- Reacción razonada?
- ¿Por que cree que han ocurrido?

**Malos tratos a hijos o ancianos**

- ¿Por parte de la paciente?
- ¿Por parte del cónyuge?

- ¿Por ambos?
- ¿A todos o alguno de los hijos -sexo y orden de fraticia-?
- Tipo: MTP o MTF
- Frecuencia:
- Reacción de la víctima:
- Reacción del cónyuge no agresor:

### **Antecedentes familiares personales**

- ¿Malos tratos entre los padres?
- ¿Malos tratos a la paciente por los padres. ¿Cuál de ellos?
- ¿Malos tratos a los hermanos por los padres?
- ¿Cómo era su padre?
- ¿Cómo era su madre?
- Lugar que ocupa en la fraticia y relaciones fraternales.
- Si hubo relaciones de pareja anteriores, ¿hubo MTP o MTF?

### **Cónyuge**

- ¿Cómo es? Dar varios perfiles de personalidad o esbozar items.
- ¿Qué es lo que más admira de él o lo que más le gusta?
- ¿Qué es lo que menos le gusta?
- Descripción de hombre ideal.
- ¿Cree que su cónyuge le quiere?. ¿Se siente querida por él?
- ¿Cuáles son sus sentimientos hacia él?
- ¿Cómo son las relaciones sexuales?
- ¿Sus sentimientos han sido siempre así o han cambiado desde el inicio de la relación?. ¿Cuándo y en relación a qué -los MT-?
- ¿Por qué se casó?. ¿Hubo embarazo prematrimonial?
- ¿Cree justificados los MT en su caso?. ¿Cree merecerlos?

### **Antecedentes personales del cónyuge**

- Antecedentes de MT en su familia primigénia.
- Antecedentes de MT en parejas anteriores.
- Antecedentes de MT en el Servicio Militar, trabajo, ....



- Relaciones interpersonales extrafamiliares. ¿Que imagen da?

### **Relación de Psicopatología**

- ¿Cree, subjetivamente, que los MT han influido en su proceso psicopatológico?
- Considera los MT como causa primaria de su patología:  
*Factor etiológico coadyuvante*  
*Independientes de su patología.*  
*Posteriores y agravantes.*  
*Posteriores y secundarios.*
- Si ha habido algún tipo de modificación en el proceso:  
*Subjetivamente, ¿De que tipo?. ¿Con qué tipo de MT?*  
*Objetivamente, datos de la historia clínica:*
  - aparición de síntomas nuevos.
  - cambio de síndrome o trastorno.

### **Estudio de personalidad**

- Tipo de personalidad (Test o escala).
- Imagen de sí misma.
- ¿Cómo le hubiera gustado ser?
- Descripción de la mujer ideal.
- Actitud de la paciente al hablar de los MT:  
*normal en una consulta psiquiátrica,*  
*ansiosa,*  
*miedo,*  
*inhibida,*  
*suspicaz,*  
*airada,*  
*reivindicativa,*  
*triste,*  
*resentida,*  
*otras ...*
- ¿Los MT son actuales o recientes?
- ¿Qué hubiera pedido en esos momentos?
- ¿Qué necesitaría para salir de esa situación?.



*Instituto Andaluz de la Mujer*



**JUNTA DE ANDALUCÍA**  
*Consejería de la Presidencia*