

Abordaje diagnóstico de los trastornos mentales asociados al maltrato

Lluïsa García-Esteve, Anna Torres Giménez y María Luisa Imaz Gurrutxaga

Programa de Prevención y Tratamiento de las Secuelas Psíquicas en Mujeres Víctimas de una Agresión Sexual. Servicio de Psiquiatría. Institut Clínic de Neurociències. Hospital Clínic. Barcelona. España.

Puntos clave

- La violencia de género es un problema de salud pública emergente por su alta prevalencia, morbilidad y mortalidad.
- El maltrato de pareja o violencia doméstica es un tipo de violencia de género ejercida por la pareja o ex pareja para conseguir y mantener el poder, el control y la autoridad sobre la mujer.
- El maltrato de pareja es un delito que consiste en la práctica sistemática de agresiones físicas, psicológicas y sexuales que afectan seriamente la salud, provocando desde daños irreparables en la mujer expuesta, hasta incluso la muerte.
- La exposición al maltrato de pareja es un factor de riesgo psicopatológico para la salud psíquica de la mujer y de los hijos.
- La evolución de la patología psiquiátrica dependerá de la identificación de la psicopatología y de su tratamiento, así como de la cesación a la exposición del maltrato.
- Un 60% de las mujeres expuestas a violencia doméstica presentará patología psíquica.
- La patología psíquica más frecuentemente asociada al maltrato es el trastorno por estrés postraumático, la depresión, los trastornos por ansiedad, el consumo de alcohol y sustancias y las tentativas autolíticas.
- Los profesionales de asistencia primaria resultan claves para una intervención precoz dirigida a la detección del maltrato de pareja, la evaluación del riesgo vital y la evaluación inicial de la patología mental asociada.
- Las posibilidades de una buena intervención profesional aumentan si se dispone de formación técnica e información especializada, si existe una alianza terapéutica basada en la sensibilidad y el respeto, y una capacidad de trabajar en red con un modelo comunitario.
- Los trastornos mentales asociados al maltrato deben recibir la atención y el tratamiento psicofarmacológico y psicológico que se hayan mostrado más eficaces para cada trastorno en la población general de mujeres.

Palabras clave: Violencia de pareja • Violencia doméstica • Trastorno mental • Trastorno por estrés postraumático • Trastorno por estrés postraumático complejo - Atención Primaria.

La violencia contra la mujer o violencia de género: un problema de salud pública emergente

La Organización Mundial de la Salud (OMS), las asociaciones de profesionales y los gobiernos de países democráticos reconocen que la violencia de género constituye un grave problema de salud pública, por su alta prevalencia, morbilidad y mortalidad¹⁻³. La violencia de género incluye todas las formas de maltrato y de violencia contra las mujeres por razones de género, como el feticidio en las etapas prenatal y

postnatal, los abusos sexuales y los malos tratos en la infancia, la violencia doméstica (VD), el acoso laboral y el acoso sexual en la edad adulta, y el maltrato a las mujeres ancianas. Las agresiones físicas, psíquicas y sexuales, puntuales o repetitivas de baja o alta intensidad, suponen pérdidas irreparables en la esfera biológica, psicológica y social de las mujeres⁴.

Los profesionales sanitarios resultan ser claves para la detección y para el inicio de una intervención terapéutica y rehabilitadora de los efectos del maltrato sobre la salud (tabla 1).

En esta actualización se realiza una breve revisión del maltrato de pareja y de sus consecuencias sobre la salud psí-

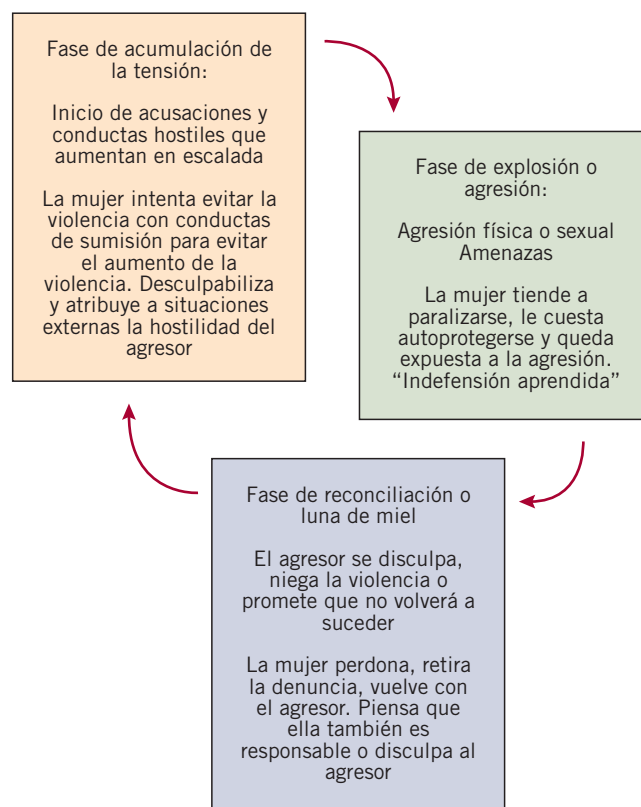
TABLA 1. Respuesta global del sector sanitario sobre los efectos de la violencia contra la mujer

Establecer una respuesta multisectorial amplia para fomentar la prevención y la planificación de servicios
Integrar las respuestas a la violencia contra la mujer en programas existentes para la prevención de enfermedades o promoción de conductas saludables (programas para la prevención del sida y salud reproductiva, promoción de la salud en adolescentes, programas de preparación maternal, etc.)
Adoptar medidas específicas para la atención de los distintos efectos de la violencia sobre la mujer
Utilizar el potencial de los servicios de salud reproductiva para la atención y derivación a otros servicios de apoyo
Mejorar el acceso a los servicios de salud mental que no estigmaticen a las mujeres y que sean capaces de reconocer los vínculos existentes entre violencia y salud mental, en particular la depresión y los pensamientos suicidas
Proporcionar seguridad a las mujeres que deben hacer frente a la violencia
Los profesionales que atienden a mujeres maltratadas necesitarán coordinarse y trabajar con otros sectores, en particular con la policía, órganos judiciales y servicios sociales
Promover la creación de procedimientos y protocolos oficiales de derivación de casos entre los diferentes dispositivos y un sistema de coordinación y seguimiento entre los distintos servicios de salud para garantizar la atención
Apoyar las investigaciones sobre las causas, consecuencias y costes de la violencia contra la mujer
Fomentar la formación y la sensibilización de los profesionales para que sean capaces de prestar una atención sanitaria adecuada y respetuosa que garantice la seguridad, la confidencialidad y que no resulte revictimizante

quica. Se ofrecen cifras de prevalencia y recomendaciones para la identificación de los trastornos mentales asociados al maltrato y para la gestión de la intervención terapéutica.

Maltrato de pareja o violencia doméstica: concepto, epidemiología y curso

El maltrato de pareja o la VD, “*intimate partner violence, domestic violence, battering*”, se define como un patrón de conductas abusivas que se dan en una relación íntima y que incluyen el maltrato físico, sexual y psicológico, para mantener el poder, el control y la autoridad del hombre (pareja o ex pareja) sobre la mujer⁵. El término VD incluye: a) actos físicos de agresión, como empujones, golpes, patadas, quemaduras, mordeduras, estrangulamientos, tirones de pelo, puñaladas y asesinato; b) maltrato psicológico, que incluye humillaciones, desprecio, insultos en público, amenazas, control de la libertad, del dinero y de los movimientos, y aislamiento social y familiar, y c) actividad sexual no consentida o forzada. Los distintos tipos de VD (física, sexual, psicológica) se interrelacionan y producen efectos en distintos as-

**Figura 1.** Teoría del ciclo de la violencia. Fuente: Walker LE³⁹.

pectos de la salud a corto y largo plazo, que permanecen incluso años después de haber cesado la exposición al maltrato.

La violencia contra la mujer ha existido siempre, pero era considerada un fenómeno “normal” en las relaciones entre ambos sexos. En los últimos años se empieza a reconocer el fenómeno universal de la violencia contra las mujeres como un delito contra los derechos humanos, moralmente inaceptable y de costes incalculables^{6,7}. Una de cada 6 mujeres ha sido víctima de VD en algún momento de su vida⁸. En los países desarrollados las cifras se sitúan entre un 25-30%⁹. En España, la prevalencia por año está entre el 9,6% y el 12,4%, y sólo un 4% reconoce ser o haber sido maltratada¹⁰. El número de mujeres asesinadas cada año por sus parejas o ex parejas ha oscilado entre 46 en el año 2000 y 76 en el año 2009, con una media de 63 mujeres al año¹¹. En el año 2001 se presentaron 24.158 denuncias por VD, que se elevaron a 142.125 en el 2008. El 63% de las denuncias son retiradas posteriormente por las propias víctimas. Y solamente el 23% de las mujeres asesinadas había denunciado previamente el maltrato¹¹.

Muchas mujeres afirman que se vieron envueltas en episodios de violencia sin darse cuenta. Sin embargo, el curso es predecible. El maltrato psicológico suele iniciarse durante el noviazgo en forma de conductas sutiles de control, desca-

lificación, humillación y aislamiento. Al inicio de la convivencia o durante los embarazos se hace más evidente, y posteriormente aparece el maltrato físico. Cuando se presenta un episodio de violencia doméstica, lo más probable es que se repita, con un carácter cíclico de los episodios (fig. 1). El 20-27% de las mujeres maltratadas detectó el inicio del maltrato durante el noviazgo y un 50% durante la convivencia y los embarazos^{12,13}. La media de permanencia con el agresor oscila entre 5 años en población general y 10 años en población clínica¹².

El maltrato psicológico debe diferenciarse del conflicto de pareja o de una mala relación de pareja. Ésta aparece en el contexto de una relación de pareja simétrica, asociada a problemas emocionales, de incompatibilidad y de comunicación, que impiden la resolución de las diferencias, intereses, deseos y valores entre ambos miembros de una pareja. No hay intención de someter, de dominar, ni de provocar daño. Se producen crisis recurrentes en la convivencia y es tributaria de ayuda psicológica.

Detección de la violencia doméstica en la Asistencia Primaria

La identificación temprana de los malos tratos físicos, psicológicos y sexuales recibidos por las mujeres en la relación de pareja es crítica para su seguridad y la de sus hijos, y es necesaria para el inicio de los procesos de intervención y de recuperación. Las mujeres acuden a los centros sanitarios en busca de ayuda para restablecer su salud. Habitualmente no relacionan los problemas de salud con la exposición al maltrato. Pasan años sin comentarlo con nadie y algunas no lo dicen nunca. Se sabe que entre un 22 y un 44% de las mujeres que acuden a los centros de Atención Prima-

ria ha sido sometida a violencia en algún momento de su vida^{14,15}. En muchas ocasiones, los profesionales de Atención Primaria y de Urgencias son los primeros servicios de contacto y de intervención, por lo que tienen un papel relevante e imprescindible en la detección de la VD y en la valoración del riesgo vital. Al margen de los razonamientos precedentes, se ha cuestionado el valor del cribado universal de la VD¹⁶ en los centros de Atención Primaria. El *US Preventive Services Task Force* argumentó que no había suficiente evidencia para recomendar la identificación sistemática en los servicios médicos. Esta conclusión se fundamentó en dos observaciones: por una parte, la falta de pruebas sobre la eficacia del cribado debido a la escasa existencia de intervenciones efectivas, y por otra, la escasez de pruebas sobre sus potenciales efectos perjudiciales¹⁶. Sin embargo, las principales organizaciones médicas americanas recomiendan la identificación sistemática de la VD.

Existen escalas e instrumentos validados que han demostrado excelentes propiedades psicométricas y un buen funcionamiento global para la identificación del maltrato físico, psicológico y sexual. Son fáciles de usar en la consulta y muestran una buena aceptación, con respuestas empáticas y sin prejuicios¹⁷. En las tablas 2, 3 y 4 se recogen los principales instrumentos de cribado, el método y los resultados de validación^{13,18-21}. Entre los cuestionarios validados y disponibles en nuestro país, recomendamos el *Psychological Maltreatment of Women Inventory-short form* (PMWI-SF), el *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) y el *Partner Violence Screen* (PVS) como los instrumentos más útiles para su uso en la clínica en Atención Primaria y Urgencias, por su buen funcionamiento, su brevedad y la facilidad en la corrección. El *Index of Spouse Abuse* (ISA) es recomendable en el contexto de investigaciones clínicas y epidemiológicas.

TABLA 2. Instrumentos para la evaluación de la violencia doméstica en la pareja

Instrumento	Autor	Idioma original	Finalidad	Tipo de violencia	Ámbito de aplicación	N.º ítems	Propiedades psicométricas	Adaptación española
Composite Abuse Scale (CAS)	Hegarty, Cenani y Schonfeld, 1999	Inglés	Medir tipo de abuso, frecuencia y consecuencias	Física, emocional, sexual	Contexto clínico	74	α Cronbach > 0,90. Correlación con CTS 0,46-0,93	No
Conflict Tactic Scales 2 (CTS2)	Strauss, 1996	Inglés	Medir la extensión de las agresiones físicas y psicológicas en la pareja	Física, sexual, verbal, psicológica	Contextos sanitario, educativo y penitenciario	39	Validación transcultural 17 países. α Cronbach 0,74-0,89	Calvete et al ¹⁸
Index of Spouse Abuse (ISA)	Hudson y McIntosh, 1981	Inglés	Evaluar nivel de gravedad del maltrato en mujeres víctimas de violencia doméstica	Física, sexual, verbal, control, psicológica	Contexto clínico	30	α Cronbach 0,90-0,96	Plazaola-Castaño et al ¹⁹ . Torres et al ²¹

TABLA 3. Instrumentos para la evaluación del maltrato psicológico en la pareja

Instrumento	Autor	Idioma original	Finalidad	Tipo de violencia	Ámbito aplicación	N.º ítems	Propiedades psicométricas	Adaptación española
<i>Index of Psychological Abuse</i> (IPA)	Sullivan y Bybee, 1999	Inglés	Medición maltrato psicológico	Acoso, crítica, control, aislamiento, privación, ridiculización	Contexto clínico	33	α Cronbach 0,97. α Cronbach subescalas 0,68-0,93	No
<i>Profile of Psychological Abuse</i> (PPA)	Sackett y Saunders, 1999	Inglés	Medición maltrato psicológico	Ignorar, criticar, ridiculizar, control celotípico	Contexto clínico	21	α Cronbach 0,75-0,85 Validez convergente y de criterio	No
<i>Psychological Maltreatment of Women Inventory-short form</i> (PMWI-SF)	Tolman, 1999	Inglés	Medición maltrato psicológico	Dominancia/ aislamiento. Emocional/ verbal	Contexto clínico	14	α Cronbach 0,87-0,92. Validez convergente y discriminante	García-Esteve et al ¹³

TABLA 4. Instrumentos de cribado de la violencia doméstica

Instrumento	Autor	Idioma original	Finalidad	Tipo de violencia	Ámbito aplicación	N.º ítems	Propiedades psicométricas	Adaptación española
Abuse Assessment Screen (AAS)	McFarlane y Parker, 1992	Inglés	Identificar víctimas de violencia física y sexual durante el embarazo	Física, sexual	Servicios perinatales	5	α Cronbach 0,56. Test-retest 0,91. Comparado con ISA. Sensibilidad: 93-94%; especificidad: 55-99%	Traducción/adaptación García-Esteve y Navarro*
Hurt Insult Threaten Scream (HITS)	Sherin, 1998	Inglés	Identificar situaciones de violencia doméstica	Física, verbal	Atención Primaria	4	α Cronbach 0,61-0,80. Correlación CTS: 0,85. Correlación ISA: 0,76	Población hispana EE.UU.
Woman Abuse Screening Tool (WAST)	Brown, 1996	Inglés	Identificar situaciones de violencia doméstica	Física, sexual, emocional	Atención Primaria	8	α Cronbach 0,75-0,91. Correlación ARI: 0,69. Short form (2 primeras preguntas) comparado con WAST: sensibilidad: 93%; especificidad: 68%	García-Esteve et al ¹³ . Plazaola-Castaño ²⁰
Partner Violence Screen (PVS)	Feldhaus, 1997	Inglés	Identificar situaciones de violencia doméstica	Física, seguridad	Urgencias. Contexto clínico	3	Comparado con CTS, ISA y CAS: sensibilidad: 35-71%; especificidad: 80-94%	García-Esteve et al ¹³

ARI: *Abuse Risk Inventory for Women*; CAS: *Composite Abuse Scale*; ISA: *Index of Spouse Abuse*; CTS: *Conflict Tactic Scales*.

*Solicitar al correo electrónico: lesteve@clinic.ub.es

Las consecuencias del maltrato sobre la salud: los paradigmas de indefensión aprendida y de estrés crónico

El maltrato físico, psicológico o sexual ejercido de forma continuada e intensa por parte de la pareja tiene serias consecuencias sobre la salud física y psíquica de las mujeres. Incrementa el riesgo de presentar disfunciones, enfermedades somáticas crónicas y trastornos psiquiátricos a lo largo de la vida, provoca uno de cada 4 suicidios en mujeres y abortos espontáneos en embarazadas²², y es causa de incapacidad y de muerte²³. La agresión sistemática ejercida por el maltratador para conseguir la dominación y el control está estratégicamente dirigida a la inoculación del miedo y al aislamiento social de la víctima. Vivir aislada en una situación de amenaza y de miedo permanente a que se produzcan ataques violentos, convierte a la mujer en una persona vulnerable, confusa, ajena a su propia vida, pendiente de evitar la discusión o el enfado del maltratador. Recientemente, la psicología del trauma ofrece un paradigma cognitivo, conocido como derrota mental o *mental defeat*, para el estudio y la comprensión de la conducta de la mujer maltratada. Basado en el modelo animal de la indefensión aprendida²⁴, reproduce la respuesta psíquica compleja de aquellas personas que han vivido una situación de estrés y violencia extrema en la que ha existido una intencionalidad de anularlas o someterlas, como en los casos de secuestro o sectas. Las personas sometidas a un control autoritario que emplea una forma sistemática y organizada de violencia -en el contexto político, criminal o doméstico- experimentan cogniciones y comportamientos de indefensión, incontrolabilidad e impotencia. Se producen cambios en sus creencias básicas y en la identidad. El término “derrota mental” describe esta percepción de pérdida de identidad, autonomía y voluntad para ejercer el control, mantener la propia identidad y creer en la propia voluntad para elegir libremente^{25,26}. Este estado psicológico de derrota cognitiva, indefensión y pérdida de control sobre la propia conducta se asocia a la presentación de una forma más compleja y grave del trastorno por estrés postraumático (TEPT), que se describe más adelante²⁵.

La percepción crónica de amenaza, miedo o agresión activa los sistemas biológicos implicados en la respuesta al estrés, como el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA), el sistema noradrenérgico-locus ceruleus, el sistema inmunológico y el córtex prefrontal. La activación crónica del eje HHA se asocia a trastornos cardiovasculares, endocrinos y autoinmunes²⁴. La exposición al maltrato de pareja se ha asociado a mayores niveles de dehidroepiandrosterona (DHEA) y cortisol^{27,28}, a la presencia de hipertensión²², al síndrome del colon irritable y a la fibromialgia^{22,23}, a una menor respuesta inmunológica²⁹ y a un funcionamiento reducido de las células T³⁰. La desregulación de los sistemas de respuesta al estrés (noradrenérgico, eje HHA) afecta a las estructuras cerebrales implicadas en el circuito del miedo, como la amígdala, el hipocampo y el córtex prefrontal. Estas estructuras estarían implicadas en la presencia de ansiedad, sintomatología postraumática³¹ y en la afectación de las tareas de atención, memoria operativa y funciones ejecutivas³² (figs. 2 y 3).

El maltrato de pareja es un factor de riesgo psicopatológico

La violencia de género, y el maltrato de pareja en particular, son factores de riesgo para la salud física, la salud reproduc-

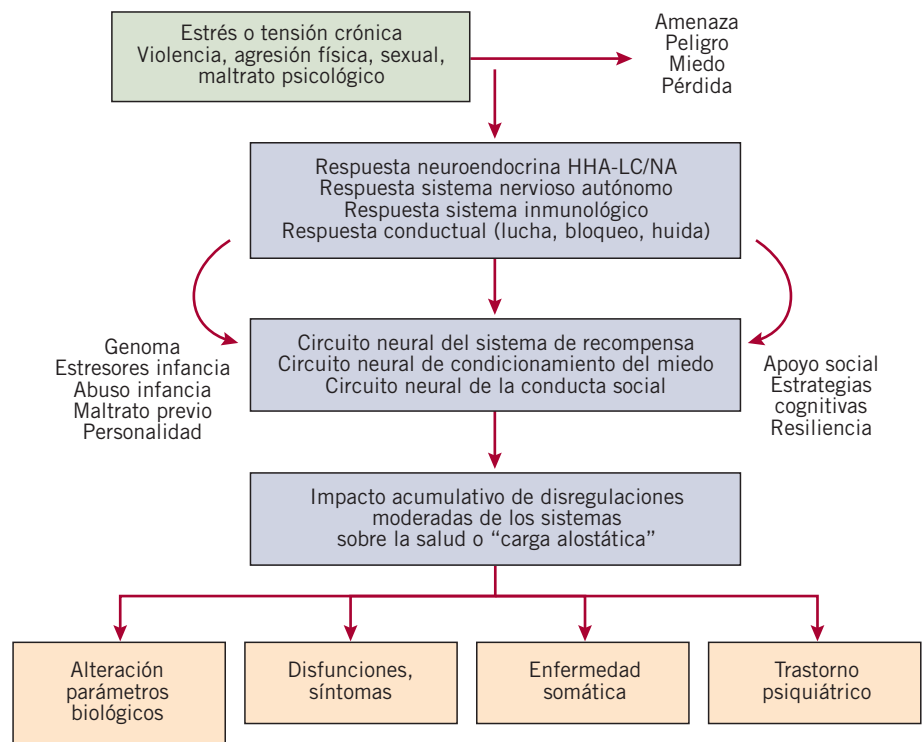


Figura 2. Modelo de estrés crónico y carga alostática psicobiológica. HHA: eje hipotálamo-hipofisario-adrenal; LC/NA: locus ceruleus/sistema noradrenérgico.

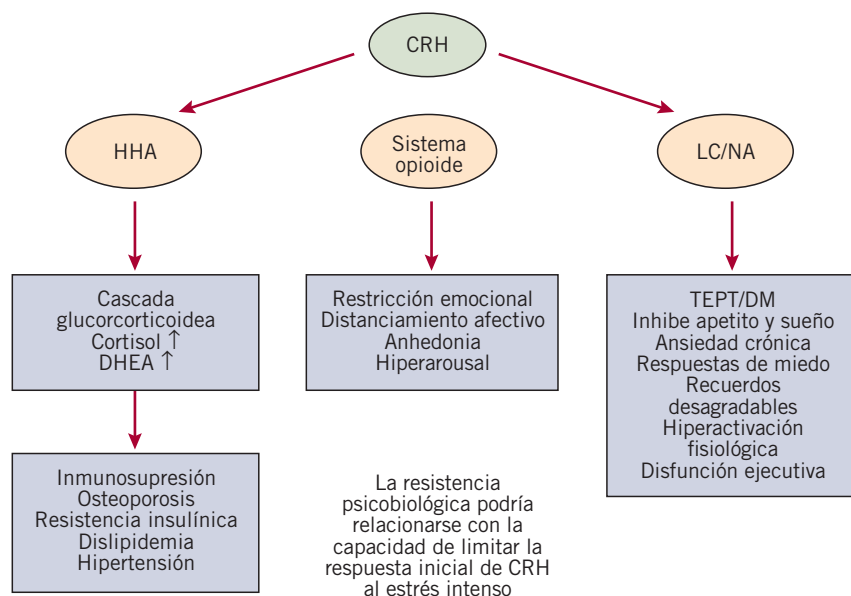


Figura 3. Sistemas neurobiológicos implicados en la respuesta al estrés. CRH: hormona liberadora de corticotropina; DHEA: dehidroepiandrosterona; DM: depresión mayor; LC/NA: locus ceruleus/sistema noradrenérgico; HHA: eje hipotálamo-hipofisario-adrenal; TEPT: trastorno por estrés postraumático.

tiva y la salud mental de las mujeres (tabla 5). Las consecuencias del maltrato sobre la salud mental de la mujer son complejas y afectan a todas las esferas de la vida psíquica, desde las emociones hasta la personalidad, las funciones y capacidades cognitivas previas (alteración de la planificación, ejecución y memoria), las estrategias de afrontamiento (predominio de la evitación y de la ausencia de respuesta emocional ante la violencia, disminución de la asertividad), el autoconcepto (baja autoestima, escasa autoconfianza, pobre autoimagen), el estilo de relación con el mundo (ambivalencia con el agresor y desconfianza, distanciamiento con los demás).

El maltrato de pareja debe considerarse un factor de riesgo psicopatológico. Cumple los criterios exigidos por la comunidad científica para ser incorporado como un factor causal de la aparición de trastornos mentales en las mujeres expuestas³³. Se ha demostrado mediante metodología metaanalítica que existe una asociación fuerte, consistente y dosis-dependiente entre la exposición a maltrato de pareja y la presentación de patología mental.

Aproximadamente un 60% de las mujeres expuestas a VD presenta patología psíquica¹³. Los trastornos mentales y el tratamiento psiquiátrico son 5 veces más frecuentes en las mujeres maltratadas que en la población general. Buena parte de los trastornos psiquiátricos conocidos puede estar presente. Tienen entre 3 y 4 veces más riesgo de padecer TEPT y trastornos depresivos, realizan entre 3 y 5 veces más tentativas de suicidio y desarrollan entre 5 y 8 veces más un patrón de abuso y dependencia de alcohol y sustan-

cias que la población general de mujeres no expuesta al maltrato^{33,34}. Los trastornos psicopatológicos identificados en la literatura son el TEPT (63,8%), los trastornos depresivos (47,6%), los trastornos de ansiedad (16-54%), abuso y dependencia de alcohol (18%) y de otras sustancias (8,9%), y tentativas autolíticas (18%)^{23,33}. Entre el 20 y el 40% de los suicidios en población femenina está relacionado con los malos tratos¹³. La evolución de la patología psiquiátrica dependerá de la identificación de la psicopatología, de su intensidad y de su tratamiento, así como de la cesación a la exposición del maltrato.

La literatura señala dos categorías específicas asociadas al daño psíquico del maltrato: el síndrome de la mujer maltratada³⁵ y el TEPT³⁶, que

TABLA 5. Consecuencias de la violencia sobre la salud física, reproductiva y psíquica

Salud física

Problemas crónicos de salud
Lesiones y traumatismos
Hipoxia por estrangulamiento
Lesiones cerebrales

Salud reproductiva

Enfermedades de transmisión sexual
Disfunciones sexuales
Embarazos no deseados
Prematuridad
Bajo peso del feto
Abortos

Trastornos psiquiátricos más prevalentes

Trastorno por estrés postraumático
Trastornos depresivos
Trastornos de ansiedad
Abuso o dependencia de alcohol
Abuso o dependencia de drogas

Síntomas psicopatológicos

Cambios en la personalidad
Disfunciones ejecutivas
Ideación autolítica
Tentativas autolíticas
Insomnio

TABLA 6. Resumen de los síntomas del trastorno por estrés postraumático, síndrome de la mujer maltratada y trastorno por estrés extremo no especificado**Trastorno por estrés postraumático**

A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que han existido dos condiciones:

- La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás
- La persona ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos

B. Reexperimentación: *recuerdos recurrentes e intrusos, pesadillas, malestar al exponerse a estímulos asociados*

C. Evitación y embotamiento de la reactividad: *evita pensamientos, sentimientos, conversaciones, actividades, lugares o personas que recuerdan el trauma, incapacidad de recordar aspectos del trauma, reducción del interés en actividades significativas*

D. Hiperactivación: *insomnio, irritabilidad, dificultades en la concentración, hipervigilancia, respuesta de sobresalto*

Síndrome de la mujer maltratada (versión revisada por Walker, 2006)

1. Criterios clásicos TEPT: *reexperimentación, embotamiento e hiperactivación*

2. Problemas de relación interpersonal: *desconfianza, aislamiento, habilidades sociales limitadas*

3. Alteraciones en la autoimagen: *aumento de peso, atracones, falta de autocuidado*

4. Somatizaciones: *problemas de salud, dolor crónico*

5. Problemas sexuales y con la intimidad: *deseo disminuido, dispareunia, relación dolorosa, anorgasmia*

Trastorno por estrés extremo no especificado o TEPT complejo (DESNOS)

1. Alteración en la regulación de los afectos e impulsos: *disforia, tentativas de autolesiones, consumo de drogas*

2. Alteración de la conciencia: *amnesia disociativa, episodios disociativos, despersonalización, desrealización*

3. Alteración de la percepción de sí misma: *indefensión, vergüenza, culpa, sensación de estigma*

4. Alteración en la relación con los otros: *desconfianza, aislamiento, habilidades sociales limitadas*

5. Cambio en las creencias

6. Somatizaciones: *dolor crónico, síntomas digestivos, cardiopulmonares, síntomas conversivos*

se encuentra en más de la mitad de las víctimas de maltrato (tabla 6).

TEPT y trastorno por estrés extremo o TEPT complejo

El diagnóstico de la patología mental observada en mujeres expuestas a VD ha recibido diferentes categorizaciones a lo largo de la historia. Inicialmente, la patología residía en la personalidad de la víctima, afecta de una personalidad masoquista, sumisa, dependiente o autoderrotista. Se culpabiliza-

ba a la víctima y se ignoraban los efectos de la violencia ejercida por el agresor³⁸.

El diagnóstico de TEPT en víctimas de violencia doméstica es relativamente reciente y procede de la conceptualización previa del síndrome de la mujer maltratada, observado y descrito por Leonor Walker en más de 400 mujeres expuestas de forma repetitiva, arbitraria y crónica a la violencia ejercida por el maltratador^{38,39}.

El TEPT (DSM-IV, 309.81)³⁶ es un tipo de patología ansiosa que recoge las manifestaciones psicopatológicas que se describen tras la exposición a un suceso traumático que amenaza la integridad física o psíquica, y al que se responde con intenso temor, desesperanza u horror. La víctima reexperimenta el suceso traumático en forma de pensamientos, recuerdos vívidos o pesadillas; tiende a evitar los estímulos asociados al trauma; presenta una tendencia al distanciamiento emocional o embotamiento de la reactividad general, y presenta síntomas de hiperactivación fisiológica.

El síndrome de la mujer maltratada^{35,39} incluye los principales grupos de síntomas del TEPT (reexperimentación, evitación e hiperactivación) y otros observados clínicamente en estas mujeres, como son los síntomas depresivos, la baja autoestima, el aislamiento social, la distorsión de la autoimagen, las somatizaciones y los problemas con las relaciones sexuales y con la intimidad³⁸. La nosología psiquiátrica actual clasifica a este conjunto sintomático como un TEPT³⁶ (DSM-IV, 309.81) o como una transformación persistente de la personalidad tras una experiencia catastrófica (ICD-10, F62.0)⁴⁰. Sin embargo, la situación de violencia en el ámbito de la pareja no es un acontecimiento traumático único, puntual ni inesperado, tal y como se intuye en el criterio A del TEPT según el DSM-IV (tabla 6). Se trata de una situación traumática crónica que daña a la víctima de un modo insidioso y produce cambios en su personalidad y en la visión del mundo que no se contemplan en los criterios del DSM-IV para el TEPT. Esta consideración ha llevado a proponer, para su inclusión en la próxima edición del DSM, una nueva entidad diagnóstica, que permita clasificar mejor el estado psicopatológico postraumático asociado a la VD. Se propone el trastorno por estrés extremo, no especificado (DESNOS), o TEPT complejo. Incluiría las alteraciones en la autopercepción (incapacidad, culpa, vergüenza, baja autoestima), en la relación con los otros, en la regulación de los afectos y de los impulsos (conductas autoagresivas y heteroagresivas, ideación suicida, alteraciones de la conducta sexual y de la alimentación), las alteraciones en la atención, en la conciencia (síntomas disociativos), las somatizaciones y los cambios en los sistemas de creencias²⁶.

La prevalencia de TEPT en mujeres expuestas a VD varía según los estudios, situándose entre un 33-64%³³. Los casos que presentan síntomas postraumáticos, pero que no cumplen todos los criterios, pueden diagnosticarse de TEPT parcial. Es frecuente que la presencia de un TEPT aparezca de

forma conjunta con otro trastorno mental. La mitad de las mujeres con TEPT presentará también un trastorno depresivo comórbido⁴¹. La experiencia de abusos en la infancia y de violencia sexual en la pareja son predictores de TEPT en víctimas de VD⁴². La gravedad del TEPT se asocia a la duración y a la intensidad de la violencia³³. El tratamiento del TEPT asociado al maltrato requiere una intervención psicofarmacológica y terapias psicológicas específicas, junto al cese de la exposición al maltrato. Sabemos que el 70% de los pacientes afectados de un TEPT puede obtener beneficio del tratamiento psicofarmacológico con fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (IRSS), ya que se observa una reducción de los síntomas intrusivos, disminuyen las conductas de evitación, mejora el embotamiento, el distanciamiento y la calidad del humor, disminuyen la hiperactivación, la impulsividad y el riesgo de comorbilidad secundaria, y mejora el funcionamiento general de la paciente⁴³. Las terapias psicológicas eficaces para la reducción de los síntomas postraumáticos son la terapia cognitivo-conductual centrada en el trauma (TCCCT) y la terapia de desensibilización y reprocesamiento por medio del movimiento ocular (EMDR), para las que existe un fuerte nivel de evidencia⁴⁴.

Trastornos depresivos

En mujeres víctimas de maltrato se ha descrito la presencia de síntomas depresivos, depresiones menores, trastornos distímicos, episodios depresivos mayores, depresiones recurrentes, depresiones refractarias a los tratamientos habituales y depresiones comórbidas (tabla 7). La mitad de las víctimas de VD presenta un estado depresivo, que tiende a cronificarse^{33,45}. Sin embargo, si cesa la situación de violencia se observa una disminución de los síntomas depresivos⁴⁶. El riesgo de tentativas autolíticas es alto, situándose alrededor del 20% de las mujeres. La sintomatología depresiva y postraumática se asocia a la ideación autolítica⁴⁷. Los factores que se han descrito asociados a la depresión en las mujeres víctimas de VD están relacionados con la gravedad, la duración y el tipo (sexual) de violencia a la que han sido expuestas a lo largo de la vida. El tener hijos, el número de hijos y tener hijos con problemas de conducta incrementa el riesgo de estas mujeres a deprimirse⁴⁸.

Abuso o dependencia de alcohol y otras sustancias

En mujeres expuestas a VD existe un alto riesgo de uso y abuso de alcohol y sustancias, que ha mostrado ser 5 veces superior que en la población general de mujeres³³. Estos hallazgos obligan a realizar la detección sistemática del consumo de alcohol y sustancias en las visitas médicas cuando se identifica o se sospecha la existencia de VD. Según estudios prospectivos, los episodios de abuso de alcohol son posteriores al maltrato y se muestran asociados a más síntomas postraumáticos⁴⁹.

TABLA 7. Resumen de síntomas del episodio depresivo mayor y el trastorno distímico

Episodio depresivo mayor

Presencia de 5 (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 *estado de ánimo depresivo* o 2 *pérdida de interés o de la capacidad para el placer*:

1. Estado de ánimo depresivo
2. Disminución acusada del interés
3. Pérdida importante de peso
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día
5. Agitación o enlentecimiento psicomotores
6. Fatiga o pérdida de energía
7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos (que pueden ser delirantes)
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión
9. Pensamientos recurrentes de muerte

Trastorno distímico

A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos dos años

B. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. Pérdida o aumento de apetito
2. Insomnio o hipersomnia
3. Falta de energía o fatiga
4. Baja autoestima
5. Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. Sentimientos de desesperanza

Atención de los trastornos mentales asociados al maltrato en Asistencia Primaria

La atención profesional deberá ir dirigida a la prevención, a la detección, a la intervención de la violencia y a la recuperación de las secuelas psíquicas. La actitud del profesional ante la situación de maltrato marcará la evolución del proceso diagnóstico y terapéutico. Se trata de ofrecer una actitud profesionalizada, en el marco de una relación terapéutica basada en el respeto, la confidencialidad, la sensibilidad y los conocimientos científicos técnicos. Es importante mostrar una actitud de escucha e interés, creer lo que dice, ser cuidadoso/a con la información, no culpabilizar a la mujer como si fuera ella el problema. Expresar que el maltrato no es aceptable en una pareja, es un delito, que no debe normalizarse ni minimizarse. Ofrecerle ayuda para el reconocimiento de los síntomas y relacionarlos con la exposición

crónica al maltrato. Reconocer el sufrimiento, la confusión, el miedo, la ansiedad, la desorganización de la conducta como resultado de la exposición al miedo y a la agresión continuada. Respetar la autonomía, las decisiones y el proceso de cada paciente. Ayudar a planificar y organizar el plan de acción y ofrecer los recursos que la comunidad dispone.

La atención puede resumirse en las siguientes fases:

1. Identificación del maltrato: se recomienda realizar el cribado sistemático a todas las mujeres con la finalidad de detectar la VD. La violencia se infradiagnostica y no existe un perfil que nos permita predecir quién es una probable víctima. Son útiles los protocolos sanitarios que incluyen señales y signos de alerta, desde la actitud de la mujer en la consulta (temor, miedo, sobresalto), a la presencia de síntomas como ansiedad, depresión, ideación autolítica, consumo de sustancias y quejas crónicas de salud.

2. Valoración de la situación de riesgo vital inmediato: la valoración del riesgo vital inmediato incluye tres áreas: el riesgo vital físico, por la gravedad de las lesiones; el riesgo vital psíquico, por el riesgo de suicidio, y el riesgo vital social, por la amenaza para la vida de la mujer o de sus hijos o familiares. No se debe subestimar el riesgo de suicidio en las mujeres víctimas de maltrato. La valoración debe incluir los antecedentes familiares y personales de tentativas de suicidio y suicidio consumado, la presencia y gravedad de la sintomatología depresiva y postraumática, la impulsividad, las ideas de suicidio, si son estructuradas, y si tiene un plan concreto. Ante la presencia de un riesgo vital por lesiones físicas o psíquicas, se debe remitir a la paciente al hospital con carácter urgente, asegurar la llegada y comunicarse con el hospital, registrar los datos en la historia clínica y ponerlo en conocimiento de la autoridad judicial. Existen instrumentos de valoración del riesgo vital social, como el RVD-BCN⁵⁰. Ante una situación de alto riesgo social para la vida de la mujer o de los hijos, se deberá disponer de un protocolo de actuación conjunta con Trabajo Social para garantizar la seguridad de la mujer y de los hijos.

3. Evaluación y diagnóstico psiquiátrico: la evaluación y el diagnóstico psiquiátrico debe fundamentarse en una buena historia clínica. Se interrogará por el motivo de consulta y se descartará la presencia de otras enfermedades médicas que pudieran ser responsables de los síntomas psíquicos. La exploración acerca de la enfermedad actual incluirá la descripción de los síntomas, el tiempo de evolución, posibles factores desencadenantes y repercusión. Se recogerán los antecedentes personales y familiares preguntando de forma explícita por la exposición a traumas en la infancia o adolescencia, a violencia intrafamiliar y a otras situaciones traumáticas o de maltrato en la edad adulta (politraumatización). La exploración psicopatológica básica irá dirigida a explorar los signos y síntomas que pueden estar presentes como consecuencia de la exposición crónica al maltrato. Se observará el

estado de la conciencia, buscando signos de una posible disminución del nivel de la misma por hipoxia secundaria a estrangulamientos o traumatismos craneales, consumo de tóxicos o uso de sustancias sedantes o depresoras (alcohol, hipnóticos, ansiolíticos) o de tratamientos con psicofármacos. También se observará el estado anímico, haciendo hincapié en el desánimo y tristeza duradera, la falta de ilusión o pérdida de interés por proyectos futuros, la desesperanza, los sentimientos de inutilidad y culpa, la inhibición o enlentecimiento psicomotor, la pérdida de peso o de apetito, el despertar precoz, los pensamientos recurrentes de muerte o planes autolíticos. Evaluaremos la presencia e intensidad de trastornos por ansiedad como las crisis de angustia, agorafobia, fobia social, ansiedad generalizada y sintomatología obsesiva, y la de síntomas postraumáticos como la reexperimentación de recuerdos relacionados con las agresiones, imágenes, pesadillas o episodios disociativos de *flashbacks*; el embotamiento y distanciamiento afectivo, la sensación de desapego o enajenación frente a los demás, la amnesia traumática; y la hiperactivación con respuestas de sobresalto incluso en la consulta, insomnio, irritabilidad, ira e hipervigilancia. Se evaluará el consumo, el abuso y la dependencia a alcohol y otras drogas de abuso. Revisaremos la existencia de alteraciones neurocognitivas, como la falta de atención y concentración, fallos mnésicos, dificultad en planificar y ejecutar. Se explorará también la presencia de otras alteraciones psicopatológicas, incluyendo la sintomatología psicótica, que permitan descartar la existencia de otros trastornos mentales. La presencia y gravedad de los síntomas también se evaluará mediante escalas, cuestionarios y autoinformes. Para la valoración de la sintomatología depresiva se recomienda el Inventario de Depresión de Beck (BDI), o la Escala de Depresión de Hamilton; el nivel de ansiedad puede valorarse con el Inventario de ansiedad estado-rasgo de Spielberger (STAI); la sintomatología postraumática puede valorarse con la Escala de gravedad de síntomas del TEPT diseñada por Echeburúa et al⁵¹. La entrevista semiestructurada SCID, basada en los criterios diagnósticos del DSM-IV, puede ayudar a la anamnesis pormenorizada para confirmar el tipo de diagnóstico en caso de duda.

4. Plan de intervención: el profesional tendrá en cuenta que está ante una condición mórbida que se caracteriza por presentar crisis o fases agudas, que tiende a la cronicidad (permanecen entre 5 y 10 años) y a las recaídas (retiran denuncias, vuelven con el maltratador, lo perdonan), y que mientras se mantiene la exposición al factor patógeno (maltratador) la recuperación de la salud puede ser muy limitada. La mujer suele ser la que protagoniza el cambio necesario para el cese de la violencia. Se trata de un proceso largo de cambios cognitivos que facilitan la identificación del maltrato, la responsabilidad del maltratador y el conocimiento acerca de sus capacidades de autonomía y gestión de la propia vida y la de sus hijos. El apoyo profesional, familiar e

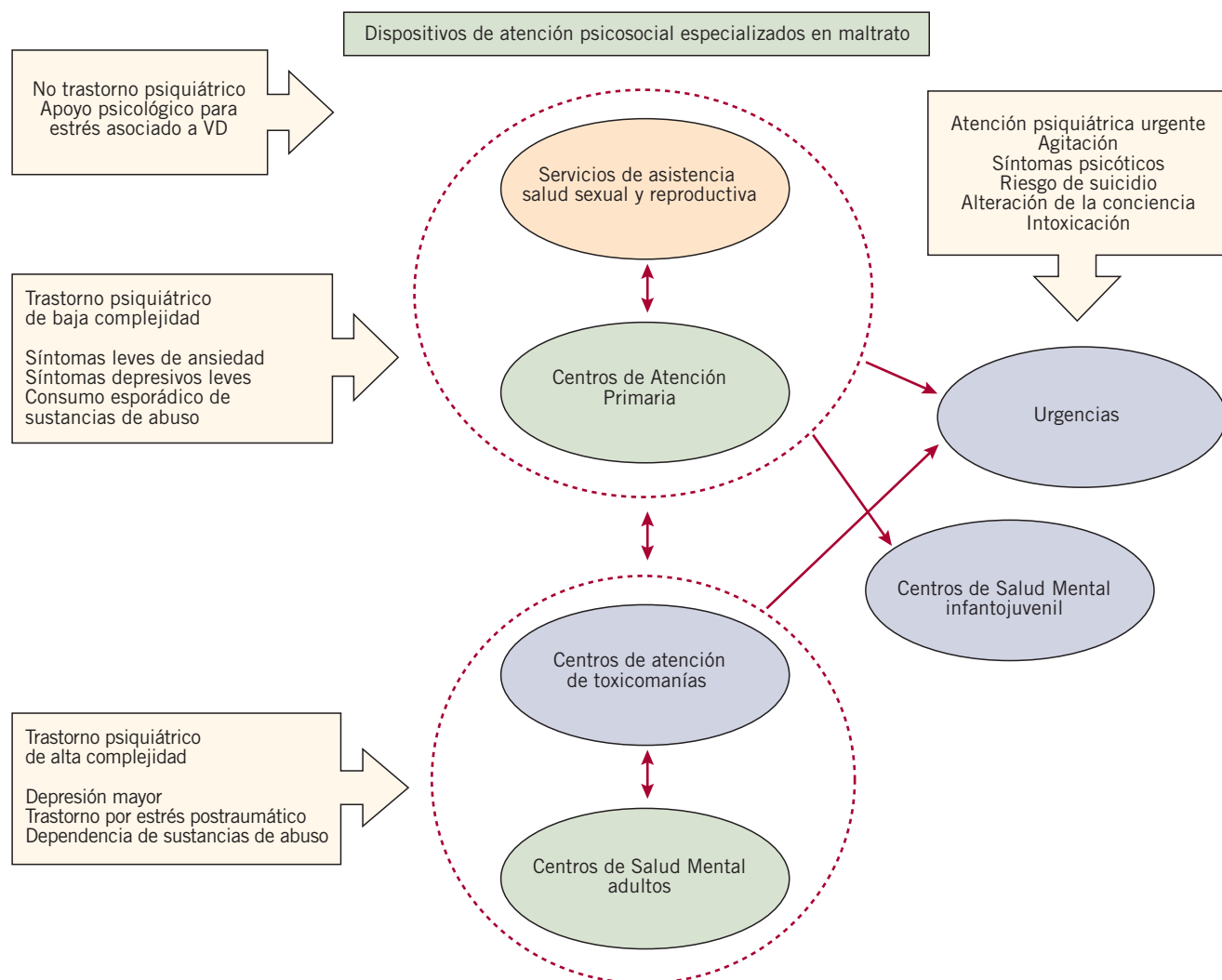


Figura 4. Atención integral de la salud mental en víctimas de violencia doméstica (VD). Adaptado del documento del grupo de trabajo de atención a la salud mental en violencia de género del Circuito Barcelona contra la Violencia. Consorci Sanitari de Barcelona, 2006-2007.

institucional será muy relevante para la consecución del cambio. La intervención sobre la salud mental de las mujeres maltratadas deberá dirigirse de manera paralela al tratamiento psicopatológico y al proceso para que finalice la exposición al factor patógeno (maltrato). Requiere un enfoque multidisciplinar (médico de familia, psicólogo de primaria o de centros especializados, trabajo social, psiquiatra, pediatra), trabajar en red y considerar todos los recursos disponibles en el territorio (fig. 4).

Una vez realizada la evaluación del estado psíquico de la paciente, se podrá gestionar desde la Atención Primaria el tipo de tratamiento, la derivación y los tipos de coordinación necesarios en cada caso (fig. 4).

Bibliografía

1. American Medical Association. Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. Arch Fam Med. 1992;1:39-47.
2. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. Lancet. 2002;359:1232-7.
3. Instituto de la Mujer. La violencia contra las mujeres (parte II). Resultados de la macroencuesta. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2002.
4. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: consulta de la OMS. Ginebra, 5-7 febrero de 1996 [consultado el 18-3-2005]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/FRH_WHD_96.27.pdf
5. Walker LE. Psychology and domestic violence around the world. Am Psychol. 1999;54:21-9.
6. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Beijing, China, 4-15 de septiembre de 1995. Naciones Unidas; 1995.
7. Conferencia Mundial de Derechos Humanos. Declaración y programa de acción de Viena. Naciones Unidas; 1993.
8. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Suiza: OMS; 2005.
9. Alhabib S, Nur U, Jones R. Domestic violence against women: systematic review of prevalence studies. J Fam Viol. 2010;25:369-82.
10. Instituto de la Mujer. Estadísticas. Mujeres en cifras. Violencia. Macroencuesta "violencia contra las mujeres" [consultado el 10-2-2010]. Disponible en <http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/tablas/W595.XLS>

11. Instituto Universitario para el Estudio de la Violencia. Informe Mujeres asesinadas por su pareja. España 2000-2009 [consultado el 1-3-2010]. Disponible en: DOC1268051809_Informe_Femicidios_España_2000-2009.pdf
12. Echeburúa E, Corral S, Amor PJ, Sarasua B, Zubizarreta I. Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 1997;2:7-19.
13. García-Esteve L. Violencia intrafamiliar y de género: adaptación y validación de instrumentos para la identificación en el ámbito sanitario. Memoria final del proyecto financiado por la AATRM. Documento no publicado. 2007.
14. Mata N, Ruiz Perez I. Detección de violencia doméstica en mujeres que acuden a un centro de atención primaria. Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2002.
15. McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med*. 1995;123:737-46.
16. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2009;36:439-45.
17. Ramsay J, Richardson J, Carter YH, Davidson LL, Feder G. Should health professionals screen women for domestic violence? Systematic review. *BMJ*. 2002;325:314.
18. Calvete E, Corral S, Estévez A. Factor structure and validity of the revised conflict tactics scales for Spanish women. *Violence Against Women*. 2007;13:1072-87.
19. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Jiménez-Martín JM, Hernández-Torres E. Validation of the Spanish version of the Index of Spouse Abuse. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18:499-506.
20. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. [Validation of the short version of the Woman Abuse Screening Tool for use in primary care in Spain]. *Gac Sanit*. 2008;22:415-20.
21. Torres A, Navarro P, García-Esteve L, Tarragona MJ, Ascaso C, Hererras Z, et al. Detecting domestic violence: Spanish external validation of the Index of Spouse Abuse. *J Fam Viol*. 2010;25:275-86.
22. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359:1331-6.
23. Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. [Intimate partner violence against women and physical and mental health consequences]. *Med Clin (Barc)*. 2004;122:461-7.
24. Hegadoren KM, Lasiuk GC, Coupland NJ. Posttraumatic stress disorder Part III: health effects of interpersonal violence among women. *Perspect Psychiatr Care*. 2006;42:163-73.
25. Ebert A, Dyck MJ. The experience of mental death: the core feature of complex posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev*. 2004;24:617-35.
26. Herman J. Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia. Madrid: Espasa Calpe; 2004.
27. Pico-Alfonso MA, García-Linares MI, Celda-Navarro N, Herbert J, Martínez M. Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biol Psychiatry*. 2004;56:233-40.
28. Inslicht SS, Marmar CR, Neylan TC, Metzler TJ, Hart SL, Otte C, et al. Increased cortisol in women with intimate partner violence-related post-traumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*. 2006;31:825-38.
29. García-Linares MI, Sánchez-Lorente S, Coe CL, Martínez M. Intimate male partner violence impairs immune control over herpes simplex virus type 1 in physically and psychologically abused women. *Psychosom Med*. 2004;66:965-72.
30. Constantino RE, Sekula LK, Rabin B, Stone C. Negative life experiences, depression, and immune function in abused and nonabused women. *Biol Res Nurs*. 2000;1:190-8.
31. Bremner JD, Krystal JH, Southwick SM, Charney DS. Functional neuroanatomical correlates of the effects of stress on memory. *J Trauma Stress*. 1995;8:527-53.
32. Stein MB, Kennedy CM, Twamley EW. Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2002;52:1079-88.
33. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *J Fam Viol*. 1999;14:99-132.
34. Hathaway JE, Mucci LA, Silverman JG, Brooks DR, Mathews R, Pavlos CA. Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *Am J Prev Med*. 2000;19:302-7.
35. Walker LE. Battered woman syndrome: empirical findings. *Ann N Y Acad Sci*. 2006;1087:142-57.
36. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
37. Pico-Alfonso MA, García-Linares MI, Celda-Navarro N, Blasco-Ros C, Echeburúa E, Martínez M. The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *J Womens Health (Larchmt)*. 2006;15:599-611.
38. Walker LE. Posttraumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy*. 1991;28:21-9.
39. Walker LE. The battered woman syndrome. New York: Springer; 1984.
40. Organización Mundial de la Salud. Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades. Trastornos mentales y del comportamiento, CIE10. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010.
41. Lipsky S, Field CA, Caetano R, Larkin GL. Posttraumatic stress disorder symptomatology and comorbid depressive symptoms among abused women referred from emergency department care. *Violence Vict*. 2005;20:645-59.
42. DeJonghe ES, Bogat GA, Levendosky AA, von Eye A. Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: prediction and prevention. *J Postgrad Med*. 2008;54:294-300.
43. Davidson JR. Biological therapies for posttraumatic stress disorder: an overview. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 9:29-32.
44. Bisson J, Andrew M. Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(3):CD003388.
45. Mechanic MB, Weaver TL, Resick PA. Mental health consequences of intimate partner abuse: a multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*. 2008;14:634-54.
46. Orava TA, McLeod PJ, Sharpe D. Perceptions of control, depressive symptomatology and self-esteem of women in transition from abusive relationship. *J Fam Viol*. 1996;11:167-86.
47. Weaver TL, Allen JA, Hopper E, Maglione ML, McLaughlin D, McCullough MA, et al. Mediators of suicidal ideation within a sheltered sample of raped and battered women. *Health Care Women Int*. 2007;28:478-89.
48. Campbell JC, Lewandowski LA. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am*. 1997;20:353-74.
49. Kaysen D, Dillworth TM, Simpson T, Waldrop A, Larimer ME, Resick PA. Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addict Behav*. 2007;32:1272-83.
50. Andrés-Pueyo A, López S. Manual para la valoración del riesgo contra la pareja. Barcelona: Publicacions i Edicions de la UB; 2005.
51. Echeburúa E, Corral S, Amor PJ, Zubizarreta I, Sarasua B. Escala de gravedad de síntomas de trastorno por estrés posttraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*. 1997;23:503-26.