

AGRESIÓN A LA MUJER COMO FACTOR DE RIESGO MÚLTIPLE DE DEPRESIÓN

Alberto Villarejo Ramos.¹
Instituto de Medicina Legal de Cádiz.

Resumen

El síndrome de maltrato a la mujer presenta una serie de características que actúan como elementos etiopatogénicos de depresión. Es, en primer lugar, un importante estresor psicosocial y físico que puede comportarse como factor precipitante de cuadros depresivos. En segundo lugar, este tipo de violencia se ejerce fundamentalmente en el ámbito doméstico, circunstancia que genera sentimientos de pérdida, culpabilidad e indefensión en la víctima. Cuando se perpetua la agresión aparecen en la mujer distorsiones cognitivas, disminución de la autoestima y, otra vez, sentimientos de culpabilidad e indefensión. Finalmente, la mujer maltratada queda sometida a una situación de aislamiento social y de dependencia del agresor que volverá a afectar a su autoestima, le privará de un soporte social adecuado e incrementará la sensación de poder y control del agresor. Todos estos fenómenos pueden comportarse, atendiendo a las distintas teorías, aislada o conjuntamente como fuentes etiopatogénicas de depresión, aumentando la probabilidad de que aparezca este trastorno en las mujeres víctimas de malos tratos por parte de la pareja.

PALABRAS CLAVE: *Maltrato a la mujer. Violencia contra la mujer. Trastornos mentales en la mujer maltratada. Depresión. Etiopatogenia de la depresión.*

Abstract

The Battered Woman Syndrome presents a series of characteristics that act as etiopathogenic elements of depression. It is, firstly, an important psychosocial and physical stress factor that may act as a catalyst for depressive disorders. Secondly, this type of violence mainly occurs in the domestic environment, which provokes feelings of loss, guilt, and helplessness in the victim. When violence is perpetuated, the woman presents cognitive distortions, low self-esteem and, at other times, feelings of guilt and helplessness. Lastly, the battered woman finds herself in a situation of social isolation and dependence on her attacker, which will again affect her self-esteem, deprive her of adequate social support, and increase her feeling of the attacker's power and control. In accordance with the different theories, all of these phenomena may act, separately or together, as etiopathogenic sources of depression, increasing the probability of this disorder appearing in women who are victims of domestic violence.

KEY WORDS: *Battered women. Depression in battered women. Mental disorders in battered women. Depression. Etiopathogeny of depression.*

¹ *Correspondencia:* Instituto de Medicina Legal de Cádiz (Sede central) Juzgado de Instrucción nº 1 de Cádiz. C/ Los Balbo s/n. Cádiz. España.

Villarejo Ramos, A.

Introducción

Definimos el maltrato a la mujer, siguiendo a M. J. Lorente (1998), como el conjunto de lesiones físicas y psíquicas resultante de las agresiones repetidas llevadas a cabo por el hombre sobre su cónyuge o mujer a la que estuviese o haya estado unido por análogas relaciones de afectividad. Entre otras características, encontramos que el maltrato es una consecuencia de una situación de abuso de poder por parte del hombre (Echeburúa y de Corral, (2002), en cierta manera previsible, que se perpetra normalmente en la intimidad familiar, desarrollándose en una dinámica cíclica (Walker, 1976) y de intensidad creciente y que tiene tendencia a perpetuarse, quedando la víctima, finalmente, en una severa situación de aislamiento social y de dependencia con respecto al agresor.

Múltiples investigaciones han puesto de manifiesto la relación que existe entre diversas categorías diagnósticas psiquiátricas y los malos tratos ejercidos contra la mujer. Así, Villavicencio (1999) describe como secundarios a violencia doméstica cuadros de *trastorno por estrés postraumático*, sintomatología relacionada con *trastornos de ansiedad* (ataque de pánico, otros trastornos de ansiedad, trastorno obsesivo-compulsivo), *depresión*, *trastornos alimenticios* (anorexia y bulimia), *alcoholismo o drogodependencias y conductas adictivas* en general, como abuso de sustancias o conductas compulsivas o rituales.

Sin embargo, la misma autora considera que la depresión es uno de los trastornos que con mayor prevalencia se diagnostica en las mujeres que han sufrido algún tipo de maltrato. Coincidimos con Rosewater (1998) mencionado por Alcázar y Gómez-Jarabo (2001) cuando afirma que la mujer víctima de malos tratos tiene un riesgo importante de experimentar un cuadro depresivo.

En efecto, creemos que la mujer víctima de maltrato es especialmente vulnerable a desarrollar este trastorno afectivo debido a que algunas de las características de la violencia de la que es objeto actúan conjuntamente como factores etiopatogénicos de depresión.

Aunque no es nuestra intención hacer en este trabajo una descripción exhaustiva de la etiopatogenia de la depresión, ni explicar las múltiples características del fenómeno de los malos tratos contra la mujer; si deseamos, por el contrario, describir cómo ciertas particularidades de la violencia doméstica se comportan como factores de riesgo e intervienen en la etiopatogenia de los trastornos depresivos en la mujer víctima de este tipo de agresión.

Recuerdo etiopatogénico de la depresión

A pesar de las numerosas investigaciones llevadas a cabo sobre la etiología de la depresión, no existe unanimidad sobre la misma, siendo diversas las teorías que tratan de explicar la aparición de los trastornos depresivos: la teoría biológica, el psicoanálisis, la teoría cognitivo-conductual y la teoría psicosocial. Recordaremos brevemente a continuación, aquellas que, en nuestra opinión, tienen mayor relevancia en la explicación etiopatogénica del trastorno depresivo en la mujer víctima de maltrato.

Teorías psicodinámicas de la depresión.

Las formulaciones sobre la etiopatogenia de la depresión que hace el psicoanálisis han oscilado entre el concepto de “pérdida del objeto amado” propuesto por Freud y Abraham, y el de baja autoestima como eje central del desarrollo de la depresión.

Citamos a Vallejo (1992) cuando escribimos que desde los estudios ya clásicos de Freud y Abraham, la escuela psicoanalítica tiende a considerar la melancolía como una situación de “pérdida del objeto amado”. Entendiendo como tal la pérdida de un ser querido o de algo muy apreciado (como la libertad) (Krauss y Krauss, 1993, citando a Duelo y Melancolía de Freud). La depresión –continúa Vallejo- constituye un estado de duelo por el objeto libidinoso perdido en el que se produce una internalización del instinto agresivo que, por alguna razón, no se dirige hacia el objeto apropiado.

Para Sandler y Joffe (1965), citados por Mendelson (1993), la pérdida del objeto amado representa realmente, no sólo la pérdida del propio objeto, sino también el estado afectivo de bienestar del que el objeto era vehículo. Esta situación produce dolor psíquico que pone en marcha las defensas típicas del paciente, pero si éstas fallan, el resultado es una sensación de incapacidad seguida de una reacción depresiva.

Bemporad (1998) mencionado por Contreras (2000) resume el proceso de la siguiente manera: “Cuando la pérdida se produce en la edad adulta, la pérdida anterior y su correspondiente odio hacia el objeto amado perdido durante la infancia se reactivan; no obstante, el objeto perdido se ha convertido en parte de uno mismo, por lo cual el odio se dirige hacia uno mismo, que contiene lo introyectado. Este odio retrodirigido, junto al sentimiento de pérdida se manifiesta como una depresión.”

Por otra parte, autores como Rado, Bibring y Jacobson sitúan al déficit de autoestima en el centro de la depresión (Mendelson, 1993). Rado (1928) consideraba que la autoestima de los depresivos dependía abrumadoramente del amor, la atención, la aprobación y el reconocimiento de los demás, antes que de sus propias actividades o logros. Pensaba que los depresivos dependían de manera enfermiza de “suministros narcisistas externos”. Bibring (1953) señaló como causas de la disminución de autoestima la frustración de ideales (ser bueno, limpio, fuerte, etc) o de la dependencia interpersonal lo que llevan a sentimientos de culpabilidad o pérdida de control. Según Jacobson (1971), las causas de la baja autoestima radicaba en diversas variables como experiencias de privación; la apariencia de la persona, sus habilidades o aptitudes, patrones e ideales y sus propias expectativas, así como la relación del enfermo con su primer objeto amado y con el último.

Teorías cognitivas y conductuales.

- La teoría cognitiva de Beck.

Para Beck (1976) el trastorno depresivo surge en aquellos individuos que poseen una visión deformada y errónea de la realidad, según lo que él denominó la “triada cognitiva”, consistente en: a) una visión negativa del yo (con la inferencia arbitraria de que uno mismo ha sido la causa de algún acontecimiento negativo); b) una visión negativa del mundo y c) una visión negativa del futuro. Existe en la base de la depresión, para esta teoría, una distorsión cognitiva, según la cual se hace siempre una interpretación negativa del yo, del mundo y del futuro.

Villarejo Ramos, A.

Esta teoría, al decir de Vázquez (1991) responde a un modelo de “diátesis-estrés” que precisa de un elemento estresante que active las cogniciones depresivas. Pues bien, según Rehm (1993) estas cogniciones negativas se activan cuando se percibe una pérdida importante. Un conjunto organizado de cogniciones negativas, formado cuando se han experimentado pérdidas importantes durante la vida, sustituye a los esquemas cognitivos no distorsionados cuando la persona se deprime. Es probable que los esquemas negativos no se utilicen y sean sustituidos por otros más realistas en las circunstancias normales, pero permanecen “latentes” y pueden ser reactivados en circunstancias de pérdida.

- La teoría de indefensión aprendida.

Para Seligman (1981) la depresión sobreviene cuando el sujeto se percibe a sí mismo perdiendo todo control sobre las situaciones externas reforzadoras, lo cual le lleva a vivencias de inseguridad, pasividad y desesperanza que son características de la depresión. (Vallejo, 1992).

- El modelo de la atribución.

Según este modelo, una revisión de la teoría de la indefensión aprendida, propuesto por Abramson, Seligman y Teasdale en 1978, las personas vulnerables a la depresión presentan un estilo atribucional característico depresivo. Estas personas generalmente atribuyen los resultados negativos de los acontecimientos de sus vidas a causas internas (ellas mismas), estables (siempre por causas internas) y globales (la causa interna es la responsable de todo). Este estilo atribucional depresivo implica vulnerabilidad o es un factor de riesgo ante la depresión. (Rehm, 1993)

- Teoría del reforzamiento.

Lewinsohn (1976) citado por Rehm (1993), considera que la depresión es una respuesta a la pérdida o falta de reforzamientos positivos que puede producirse de tres formas: a) el entorno es incapaz de aportar el reforzamiento suficiente para mantener un funcionamiento idóneo; b) la persona carece de las habilidades necesarias para obtener el reforzamiento en un entorno donde sí existen y c) la persona tiene acceso al reforzamiento pero es incapaz de disfrutar o recibir satisfacción de éste.

La teoría psicosocial.

La teoría psicosocial propugna que la etiopatogenia de la depresión se encuentra entre la interacción de unos acontecimientos vitales con los recursos propios del enfermo, tanto de tipo social como personal. Este modelo evalúa factores predisponentes (pérdida parental antes de los 11 años, abusos sexual o físico durante la infancia o pobre percepción del rol familiar), factores precipitantes y factores de vulnerabilidad.

Elementos etiopatogénicos de depresión en la violencia contra la mujer

Elementos etiopatogénicos propios de cada una de las teorías antes expuestas pueden identificarse simultáneamente en las mujeres víctimas de maltrato, de forma que estas enfermas pueden experimentar durante el proceso de maltrato, disminución de la autoestima, sentimientos de pérdida, distorsiones cognitivas, sentimientos de indefensión y déficits de refuerzos positivos. En la mayoría de ellas, finalmente, se encontrarían múltiples condiciones psicosociales que contribuirían a explicar la aparición del trastorno depresivo.

Veamos cómo algunas de las características del llamado por Lorente (1998) síndrome de maltrato a la mujer hacen a la víctima especialmente vulnerable para sufrir trastornos depresivos.

Violencia ejercida contra la mujer.

Es evidente que ser mujer es el primer factor de riesgo para convertirse en víctima de la violencia contra la mujer. Pero ser mujer es también un importante factor de riesgo para sufrir depresión. En efecto, Bernardo (2000) señala que existe una mayor tasa de trastornos depresivos en la mujer, estimando la proporción de dos casos de depresión en la mujer frente a uno en el hombre. Cuando se han analizado las causas de este fenómeno se han encontrado factores biológicos y factores de índole psicosocial. Así, Weissman y Paykel (1974), citados por Bernardo, vincularon la depresión en la mujer con su tradicional situación de desventaja y discriminación social a lo largo de los tiempos.

Creemos que esta situación de desventaja y discriminación social de la mujer actúa doblemente en relación a la depresión. Como factor primario que desencadena trastornos depresivos “per se” y como factor de riesgo para sufrir malos tratos que, a su vez, pueden representar un nuevo factor de riesgo ante la depresión.

Maltrato como acontecimiento vital precipitante.

La teoría psicosocial de la depresión ha centrado su atención, siguiendo a Catalán (2000), en los acontecimientos vitales, los estresores crónicos y la pérdida de soporte social adecuada como factores que actúan incrementando la incidencia y la prevalencia de este trastorno afectivo. Un “acontecimiento vital”, según el mismo autor, es el fenómeno externo, económico, social, psicológico o familiar brusco que produce desadaptación social o distrés psicológico.

La violencia contra la mujer se caracteriza, al decir de Lorente (1998), por ser “ilógica, absurda y desproporcionada... por lo impredecible de los ataques, por la falta de motivos que los precipitan, por la incapacidad de la mujer para evitarlos y por la repetición de los hechos”.

Podemos considerar pues, la agresión contra la mujer como un acontecimiento vital precipitante de depresión de notable importancia, no sólo por tener un carácter amenazador, inevitable, desbordante, injusto, degradante, persistente, perturbador y brutal (siguiendo el análisis de las características de las vivencias generadoras de daño psíquico que hace Cano en 2000), sino porque además este fenómeno tiene severas repercusiones físicas, familiares, económicas y sociales.

Violencia en el seno familiar como factor de riesgo.

La mayor parte de la violencia contra la mujer se produce en el seno de la familia, pues ella puede representar en ocasiones situaciones de cautiverio que acentúan la diferencia de poder entre el hombre y la mujer, que favorece la aparición de malos tratos (Echeburúa y Corral, 2002) . Por otra parte, como dice Rojas Marcos (1995), la familia constituye el compromiso social mas firme de confianza, el pacto mas resistente de protección y de apoyo mutuo, el acuerdo mas singular de convivencia y de amor que existe entre un grupo de personas, es, asimismo -continúa el autor- el refugio donde cobijarnos y socorrernos de las agresiones del mundo circundante. Por tanto, opinamos que una agresión dentro de este entorno supone la ruptura de confianza, la pérdida de protección y apoyo, el encanallamiento de la convivencia y la traición a los afectos. La víctima vivenciará pues esta agresión, en palabras de Walker (1979), con sentimientos intensos de pérdida, de indefensión y desamparo.

La pérdida del vínculo emocional que supone la situación de maltrato en el ámbito familiar y la pérdida de la seguridad afectiva que la mujer esperaba encontrar en la familia o la pareja (el "objeto amado" en la terminología psicoanalítica), supone para la víctima un deterioro del "estado ideal de bienestar" que puede desembocar en una reacción depresiva (Sandler y Joffe, 1965).

Podríamos decir, siguiendo los postulados psicodinámicos de Bemporad, que la agresión por parte de su pareja implica para la mujer una pérdida del objeto amado, circunstancia que reactiva en ella un odio latente fruto de una pérdida anterior durante la infancia. Este sentimiento de odio se vuelve hacia la propia enferma pues ha internalizado ese objeto amado, originando así la depresión.

Para Nemiah (1975), citado por Gold (1993), los precipitantes mas frecuentes de las depresiones neuróticas/reactivas son las separaciones o las pérdidas de las personas queridas, a causa del rechazo, el abandono físico o la muerte. Sin embargo, cualquier suceso sea objetivo o "fantástico" (intrapsíquico), puede provocar una depresión si la persona construye la situación de tal manera que su autoestima se vea amenazada o disminuida.

Desde la perspectiva cognitiva, la percepción que hace la mujer de la pérdida que supone el maltrato, activa las distorsiones cognitivas negativas (triada cognitiva) que permanecían latentes en la víctima, dando origen a la depresión.

Tras las primeras agresiones en el seno familiar, la mujer puede tomar conciencia de que ya, en los momentos iniciales de la relación, de alguna manera, pudo prever el perverso desenlace de la misma. En este sentido, Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y de Corral (2000) consideran que cualquier tipo de agresión psicológica en los primeros meses de relación o cualquier agresión física en este periodo son predictores de futuros malos tratos. Esta "toma de conciencia" puede provocar sentimientos de culpabilidad en la mujer por haber continuado con la relación, favoreciendo así la aparición de depresión.

Otra de las características de este ataque en la intimidad del hogar es que, en raras ocasiones sale a la luz pública, permaneciendo el hecho oculto en la propia dinámica familiar. Por este motivo el agresor suele quedar impune, circunstancia que aumenta su sensación de omnipotencia e incrementa los sentimientos de indefensión de la mujer, confirmándose así progresivamente el estatus de superioridad del hombre.

Mas adelante veremos como los sentimientos de culpabilidad y de indefensión favorecen la aparición de trastornos depresivos en las mujeres maltratadas.

Perpetuación de la violencia como factor de riesgo.

Echeburúa y de Corral (2002) aseguran que por término medio las mujeres permanecen en la situación de violencia al menos durante 10 años. No trataremos de explicar exhaustivamente las causas de este fenómeno, sólo diremos que para Sonkin y Dunphy (1982), citados por Alcázar y Gómez-Jarabo, el hombre perpetúa su actitud violenta por un reforzamiento positivo, pues la misma le permite mantener el control sobre la mujer. En cuanto al hecho de que la víctima permanezca junto al maltratador durante tanto tiempo se ha tratado de explicar con múltiples teorías. Sepúlveda (2000) menciona la teoría del ciclo de la violencia (Walker, 1979), la teoría de indefensión aprendida (Seligman, 1975, Walker, 1979, 1984), la teoría del síndrome de acomodación al abuso (Barudy, 1988), la teoría de la unión traumática (Kernberg, 1997) o teoría de los costes y beneficios. Otros factores, como falta de recursos personales, escaso apoyo ambiental, vergüenza social, dependencia económica o inseguridad en el futuro, son también apuntados por esta autora.

En un estudio realizado por Lenore Walker en 1979 en el que se recogían los efectos a largo plazo de los malos tratos en la mujer, describió una serie de síntomas entre los que destacaron sentimientos de baja autoestima, depresión, reacciones de estrés intensas y sensaciones de desamparo e impotencia e incapacidad de la víctima para controlar el comportamiento violento de sus agresores. Nosotros, aunque sólo desde una perspectiva teórica, creemos que la cronicidad de la violencia doméstica desarrolla en la mujer un estado psíquico caracterizado por una visión negativa del entorno y de su propio futuro, una disminución de la autoestima, sentimientos de culpabilidad y sentimientos de indefensión, cada uno de los cuales facilitaría la aparición de trastornos depresivos.

1. Visión negativa del mundo y del futuro.

Desde una perspectiva cognitiva, la continuidad de los malos tratos hace adoptar a la víctima una visión negativa del mundo, es decir, su propio entorno conyugal, del que sólo puede esperar fracasos y castigos, y su entorno social o laboral, cada vez más lejano. Tendrá, igualmente, una percepción negativa del futuro, con expectativas de decepción, sufrimiento y desesperanza, en el que no se encuentran salidas aceptables. Tales percepciones, según vimos arriba, forma parte de la triada cognitiva de Beck como elementos precursores de depresión.

2. Disminución de la autoestima.

Alcázar y Gómez-Jarabo (2001) y Zubizarreta et. col (2000), creen que la disminución de la autoestima de la mujer maltratada puede potenciar el grado de vulnerabilidad ante la depresión.

En la mujer víctima de maltrato se produce un proceso de disminución progresiva de la autoestima. Vázquez Mezquita (1999) lo atribuye a mensajes negativos y continuos verbales (o no verbales, añadimos nosotros: gestos, conductas, etc), enviados "vía exterior" por el maltratador que significan simplemente: "no vales para nada". Pero también por un mecanismo "vía interior", pues la víctima, para mantener la relación con el agresor "necesita" hacer ajustes cognitivos y devaluar su propia imagen que justifique la violencia y el desprecio del agresor.

La violencia repetida, por otro lado, conlleva un deterioro progresivo del aspecto externo de la mujer, tanto por las lesiones orgánicas derivadas de las agresiones, como por el abandono por parte de la víctima del cuidado de su apariencia personal que, en opinión de Jacobson, actúa también como factor reductor de la autoestima. (Mendelson, 1993).

La misma autora describe además otras variables que afectan al nivel de autoestima, como experiencias de privación, habilidades y aptitudes, patrones e ideales y las propias expectativas de la persona. No es difícil inferir, por tanto, que las pésimas expectativas de futuro personal, familiar o socio-laboral que se plantean ante la mujer maltratada repercutirán negativamente en el concepto que tiene de sí misma. A su vez, la dinámica de dependencia que genera el maltrato hace perder progresivamente capacidades y habilidades a la víctima, que aumentarían la sensación de minusvalía y disminuirían su autoestima.

La disminución de autoestima como etiopatogénica de la depresión es propuesta por la escuela psicoanalítica, como vimos arriba. Nosotros, para explicar la depresión en mujeres con baja autoestima secundaria a malos tratos, tomaremos prestadas las teorías ya expuestas de Rado (1928) y Bibring (1953).

Según el esquema de Rado, la mujer maltratada podría identificar el abuso del que es objeto como una disminución o desaparición de amor, atención y reconocimiento por parte del agresor, lo que deterioraría su autoestima y desencadenaría un cuadro depresivo. La víctima, en la terminología del autor, carecería en la situación de malos tratos de “suministros narcisistas externos” que mantuvieran elevada su autoestima. Bibring, por otro lado, encontraba en la “frustración de ideales” las causas de la disminución de autoestima, situación que podemos hallar en la mujer maltratada, cuyos ideales personales de pareja o familia han sido destrozados.

3. Sentimientos de culpabilidad.

La mujer puede desarrollar sentimientos de culpabilidad, según Lorente y Lorente (1998), al suponer que ella es la causante del maltrato. Pero también, como afirman Echeburúa, de Corral, Sarasua y Zubizarreta (2002) los sentimientos de culpabilidad se deben a las conductas que la propia mujer ha realizado para evitar la violencia: mentir, encubrir al agresor, tener contactos sexuales a su pesar, consentir en el maltrato a los hijos, no educarlos adecuadamente, etc. La culpa –continúan los autores- también puede referirse a conductas concretas de la víctima, como no permanecer en silencio o no acceder a peticiones no razonables del agresor, etc, o a la personalidad de la víctima, (verse estúpida, poco atractiva o creerse provocadora).

Para Granados (1999), en la víctima de malos tratos puede darse un efecto de “maternización” por el cual la mujer adopta un papel protector del hombre que la maltrata, al que considera un pobre enfermo, débil e inseguro, digno de ayuda. Pues bien, los sentimientos de culpabilidad pueden aparecer también cuando fracasan las expectativas de la mujer de rehabilitar al maltratador.

Finalmente, los sentimientos de culpabilidad se ocasionan cuando la mujer pretende romper la relación con el agresor y su entorno más cercano le recrimina esta actitud.

Según el modelo cognitivo de Beck, los sentimientos de culpabilidad originados en la mujer maltratada formarían parte del primer elemento de la tríada cognitiva, es decir, una visión negativa del yo, que explicaría un mecanismo etiopatogénico de depresión en estos casos.

Agresión a la mujer como factor de riesgo múltiple de depresión

Por otro lado y siguiendo el modelo de la atribución, Cascardi y O'Leary (citados por Zubizarreta et al., 2000) reconocen que la autoatribución que se hace la mujer de la responsabilidad de lo sucedido está relacionada con la aparición de la depresión en las víctimas de malos tratos.

4. Sentimientos de indefensión.

Hemos visto arriba como Walker encontraba en las mujeres sometidas a agresiones crónicas por sus parejas una incapacidad para poder controlar la situación. Sin duda este fenómeno es debido a la imprevisibilidad y arbitrariedad del maltrato, junto con el carácter cíclico de éste. La dinámica cíclica del maltrato supone alternancia de periodos de violencia con otros de afecto y arrepentimiento por parte del agresor, que hacen que la víctima vivencie como incontrolable la situación, no pudiendo desarrollar estrategias adecuadas de afrontamiento.

Esta sensación de incontrolabilidad de la violencia, siguiendo la teoría de la indefensión aprendida propuesta por Seligman (1975), desarrolla un estado de "indefensión" caracterizado por una amplia variedad de perturbaciones conductuales, cognitivas y emocionales. Aparecerá, entre los trastornos de conducta, un déficit motivacional que impide a la víctima responder ante nuevas situaciones traumáticas (en este modelo se basó Walker para explicar por qué la mujer agredida no abandonaba a su agresor). Igualmente, la incontrolabilidad de la situación generará una distorsión cognitiva negativa, según la cual se perciben como no controlables acontecimientos que si lo son y, por fin, desarrollará emociones propias de la depresión.

Aislamiento social y dependencia como factores de riesgo.

En la mujer sometida a malos tratos crónicos se produce un progresivo aislamiento social, pues su torturador le impide mantener relaciones fuera de la propia pareja. De esta forma, la víctima se ve privada del contacto con sus otros familiares y con el de su entorno social o laboral. Pero también, se observa en la mujer un aislamiento social que podríamos llamar "voluntario", pues es ella misma quien evita la relación con otras personas, bien por que su estado anímico no le invita a ello, bien porque trata de ocultar las lesiones producto del maltrato, o bien porque no quiere soportar en público las humillaciones a las que le somete la pareja.

Por diversos mecanismos etiopatogénicos, el aislamiento social se convierte en un factor de riesgo de depresión para la mujer

1. Disminución de la autoestima: A la mujer maltratada, socialmente aislada sólo le queda como marco de referencia, el propio maltratador. La falta de contacto con gente que la valore y que tenga una opinión mas positiva de ella crea en la víctima una autoimagen desfigurada y negativa (Villavicencio, 1999).

2. El aislamiento social favorece la dependencia respecto al agresor, circunstancia que, a su vez, aumenta la sensación de control y poder de éste, incrementando los sentimientos de indefensión de la víctima, que precipita la depresión. Bibring (1953) ya había relacionado la dependencia interpersonal con los sentimientos de

culpabilidad y la baja autoestima, describiendo a éstos como causas de depresión. El modelo de indefensión aprendida también puede explicar, en estos casos, la aparición de trastornos depresivos.

3. El aislamiento produce una reducción del refuerzo social y de las actividades reforzantes. (Lewinshon, 1974, citado por Rehm, 1993) . Pero, por otro lado, el refuerzo negativo mantiene la depresión cuando una conducta depresiva trae como consecuencia una reducción de los malos tratos por parte del agresor. (Zubizarreta et. al, 2000).

4. Desde una perspectiva psicosocial, la situación de aislamiento supone un deficitario soporte social, circunstancia que facilitaría el inicio y cronicidad de la depresión. El soporte social se entiende como la presencia de una relación emocional íntima (fuente de afecto, de afirmación y de ayuda) en situaciones de estrés. Por tanto, la ausencia de integración y apoyo socio-laborales (Weiss, 1974, citado por Catalán), junto con la nula confianza en el esposo (Cooke, 1986, citado por Esbec) que se derivan del maltrato, significan importantes factores de riesgo de sufrir depresión.

El abuso en la infancia como factor de riesgo.

Haber sufridos abusos sexuales en la infancia supone un elemento de riesgo para sufrir malos tratos en la edad adulta (Lorente, 1998), pero también es un factor predisponente para sufrir depresión (Catalán, 2000). Cabe preguntarse cómo se relacionan estos tres elementos.

Herman (1992), mencionado por Lorente, describe que el riesgo de victimización posterior a los abusos en la infancia se debe a una dificultad para desarrollar mecanismos de protección frente a nuevas amenazas, bien por una distorsión en el análisis de la situación peligrosa, bien por una respuesta alterada ante el peligro (negación, aturdimiento, disociación). o bien producto del fatalismo, la sensación de desamparo o la incapacidad asociados a la depresión. Es decir, la variable abuso sexual en la infancia predispondría a la mujer a ser victimizada nuevamente en la edad adulta, incluidos malos tratos. Éstos a su vez podrían originar un cuadro depresivo. Pero también, los abusos en la infancia serían el origen de depresión, que facilitaría posteriormente que la mujer fuera víctima de agresión por parte de la pareja.

Conclusiones

En la mujer víctima de maltrato doméstico convergen múltiples circunstancias, cada una de las cuales puede comportarse conjunta o aisladamente y atendiendo a las distintas teorías etiopatogénicas, como factor desencadenante de depresión.

En la mujer maltratada se produce un sentimiento de pérdida del “objeto amado” propuesto por el psicoanálisis. También, en estas enfermas, se aprecian sentimientos de minusvalía y disminución de la autoestima, precursores, según las teorías psicodinámicas y cognitivas de la depresión. Los sentimientos de culpabilidad y las percepciones negativas

del mundo y del futuro que desarrolla la mujer maltratada son, para el cognitivismo, elementos etiopatogénicos de depresión. El cuadro de indefensión aprendida de Seligman, precursor de la depresión, es observable en muchas ocasiones en mujeres agredidas por sus parejas. La autoatribución de culpabilidad presente en numerosos casos de maltrato, así como la escasez de reforzadores positivos conforman, para la escuela conductual, la etiopatogénica de los trastornos depresivos en estas mujeres. Finalmente, se encuentran diversos factores psicosociales de riesgo de depresión (dependencia del agresor, aislamiento social, factores predisponentes y precipitantes) en las víctimas de maltrato.

Sin duda, la aparición de un trastorno depresivo no es sólo consecuencia de la acción de uno sólo de estos mecanismos etiopatogénicos, pero en las mujeres víctimas del síndrome de maltrato concurren, como hemos visto, una multiplicidad de ellos, que justifican la alta incidencia de este trastorno afectivo en las mujeres víctimas de maltrato.

Finalmente, apuntaremos que los síntomas propios de la depresión pueden comportarse, en la mujer maltratada, como una nueva fuente etiopatogénica del trastorno depresivo, cerrando así un círculo vicioso que perpetuaría el cuadro afectivo.

Referencias

- Alcázar Córcoles, MA y Gómez-Jarabo, G. (2.001). Aspectos psicológicos de la violencia de género. Una propuesta de intervención. *Psicopatología Clínica Legal y Forense.1; n°2, 33-49.*
- Beck, AT. (1.976). *Cognitive therapy and the emotional disorders.* New York: International Universities Press.
- Bernardo, M (2.000.) Epidemiología. En Vallejo Ruiloba, J y Gastó Ferrer, C, *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión.* Barcelona: Masson.
- Cano Valero, J (2.000). Concepto y causas de lesiones y secuelas psíquicas. *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales, 1, 11-25.*
- Catalán, R (2.000). Factores psicosociales. En Vallejo Ruiloba, J y Gastó Ferrer, C, *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión.* Barcelona: Masson.
- Contreras, F. (2.000). Teoría psicodinámica de la depresión. En Vallejo Ruiloba, J y Gastó Ferrer, C, *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión.* Barcelona: Masson.
- Echeburúa, E y de Corral, P (2.002). *Manual de violencia familiar.* Madrid: Siglo veintiuno de España editores.
- Echeburúa, E, de Corral, P, Sarasua, B, Zubizarreta, I (2.002). Mujeres víctimas de maltrato. En Echeburúa, E y de Corral, P *Manual de violencia familiar.* Madrid: Siglo veintiuno de España editores.
- Esbec, E (1.994). Víctimas de delitos violentos. Victimología general y forense. En Delgado, S (dir.), *Psiquiatría Legal y Forense.* Madrid: Colex.
- Granados Pérez, F. (1.999). Características psicopatológicas de agresores y víctimas en el maltrato doméstico. Identidad sexual y maltrato. *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales, 3, 2 9-45.*
- Gold, JR. (1.993). Niveles de depresión. En Wolman, BB y Stricke, G, *Trastornos depresivos. Hechos, teorías y métodos de tratamiento.* Barcelona: Ancora S.A.
- Krauss, HH y Krauss BJ. (1.993). Enfoques existenciales de la depresión. En Wolman, BB y Stricker, G, *Trastornos depresivos. Hechos, teorías y métodos de tratamiento.* Barcelona: Ancora S.A.
- Mendelson, M. (1.993). Perspectivas psicoanalíticas de la depresión. En Wolman, BB y Stricke, G, *Trastornos depresivos. Hechos, teorías y métodos de tratamiento.* Barcelona: Ancora S.A.
- Lorente Acosta, MJ (1.998). Síndrome de maltrato a la mujer. En Lorente Acosta, M y Lorente Acosta JA, *Agresión a la mujer, maltrato, violación y acoso.* Granada: Editorial Comares.

Villarejo Ramos, A.

- Rehm, LP (1.993). Teorías cognitivas y conductuales. En Wolman, BB y Stricke, G, *Trastornos depresivos. Hechos, teorías y métodos de tratamiento*. Barcelona: Ancora S.A.
- Rojas Marcos, L.(1.995). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe.
- Sepúlveda, A. (2.000). Psicopatología de las víctimas de malos tratos. *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales, 2, 383-415*.
- Sarasua, B, Zubizarreta, I, Echeburúa, E, de Corral, P. (2.000). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En Echeburúa, E, *Personalidades violentas*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Sepúlveda García de la Torre, A (2.000). Psicopatología de las víctimas de malos tratos. *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales, 2, 383-415*.
- Vallejo Ruiloba, J. (1.992). *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría*. Barcelona: Masson-Salvat medicina.
- Vázquez, C (1.991). Trastornos del estado de ánimo (1): Aspectos clínicos. En Fuentenebro, F y Vázquez, C, *Psicología médica, psicopatología y psiquiatría*. Madrid: Interamericana-Mcgraw-Hill.
- Vázquez Mezquita, B (1.999). El perfil psicológico de la mujer maltratada . *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales, 1, 91-108*.
- Villavicencio Carrillo, P. (1.999). Repercusión de los malos tratos en la salud mental de las mujeres. *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales, 3, 59-74*.
- Walker, LE (1.976). *The Battered woman*. New York: Harper and Row.
- Zubizarreta, I, Sarasua, B, Echeburúa, E, de Corral, P, Sauca, D. Emparanza, I (2.000). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En Echeburúa, E, *Personalidades violentas*. Madrid: Ediciones Pirámide.