

**Universidad de Granada**

Facultad de Psicología

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación

Programa de doctorado: Análisis psicológico de los problemas sociales

---



**Mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador:  
Características sociodemográficas y de salud**

**Tesis Doctoral**

Doctoranda:

**Laura Navarro Mantas**

Directoras:

**Dra. María Paz Bermúdez Sánchez**

Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación  
Universidad de Granada (España)

**Dra. María del Pilar Matud Aznar**

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos  
Universidad de La Laguna (España)

Granada, 2009.

Editor: Editorial de la Universidad de Granada  
Autor: Laura Navarro Mantas  
D.L.: GR. 3863-2009  
ISBN: 978-84-692-7851-2



## INFORME DE LAS DIRECTORAS DE LA TESIS

Dra. María de la Paz Bermúdez Sánchez, Profesora del Dpto. de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Granada (España) y

Dra. María del Pilar Matud Aznar, Titular del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Universidad de La Laguna (España)

CERTIFICAN: Que la presente Tesis Doctoral titulada **Mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador: Características sociodemográficas y de salud**, ha sido realizada por Dña. Laura Navarro Mantas bajo nuestra dirección y cumple los requisitos de calidad, originalidad, rigor científico y académico necesarios para que se proceda a su defensa pública de acuerdo con la legislación vigente.

Y para que conste, se expide el presente certificado en Granada a 25 de Septiembre de 2009.

Fdo: María de la Paz Bermúdez Sánchez

Fdo: María del Pilar Matud Aznar

Fdo: Laura Navarro Mantas



Esta investigación ha sido realizada gracias al apoyo financiero de un Proyecto de Cooperación Universitaria concedido por la Consejería de Presidencia de la Junta de Andalucía (referencia AI22/04) y la beca de investigación con cargo al proyecto concedida a Dña. Laura Navarro Mantas por resolución de la Universidad de Granada.



*A mi madre.*





## *Agradecimientos*

A mis directoras, M<sup>a</sup> Paz Bermúdez y Pilar Matud, por la dirección y corrección de este trabajo. A M<sup>a</sup> Paz, por confiar en mí durante estos años, por responder a todos mis interrogantes, por su orientación y guía. A Pilar, por su defensa incondicional de las mujeres maltratadas, por la pasión que pone en todo lo que hace y por su inestimable ayuda y orientación.

A Gualberto Buena-Casal, mi director de tesis, por todo lo que me ha enseñado durante estos años, por haber valorado mi capacidad de trabajo y haberme dado una oportunidad.

Y a las personas que hicieron posible que llegara al final de este duro y largo recorrido:  
A ti papá, por tu confianza ciega en mí, por tu empeño por entender, gracias por tu ayuda imprescindible y por estar siempre ahí. Sin ti no lo hubiera conseguido.

A ti tita, por tu entusiasmo y aliento en la distancia, por esperar siempre lo mejor de mí. Gracias por transmitirme tu fuerza y por haber llenado ese vacío de la mejor manera que sabes.

A vosotros, mis hermanos, por ser el motor de mi lucha y el motivo de mi orgullo.

A vosotras, mis amigas, por vuestro apoyo incondicional, por tenderme siempre una mano. Gracias por las horas de escucha y conversaciones interminables, por los abrazos.

A ti mamá, por haberme enseñado todo lo que sé y todo lo que soy. Por haberme brindado tu ejemplo de vida.

Y finalmente, a las mujeres maltratadas que participaron en este estudio, gracias por vuestro testimonio, por vuestra colaboración desinteresada y por haberme dado la razón para hacer este trabajo. Espero contribuir a que vuestro problema se haga más visible y vuestro futuro un poco mejor.



## CONTENIDO

Índice general.....	I
Índice de figuras.....	IV
Índice de tablas.....	IX

### ÍNDICE GENERAL

### Páginas

#### MARCO TEÓRICO

<b>1. Introducción.....</b>	<b>1</b>
<b>2. Violencia contra las mujeres.....</b>	<b>7</b>
2.1. Concepto de violencia contra las mujeres.....	9
2.2. El maltrato a la mujer por su pareja.....	15
2.3. Frecuencia del maltrato a la mujer por su pareja.....	23
2.4. Teorías explicativas del maltrato a la mujer por su pareja.....	29
2.4.1. Teorías del maltrato.....	31
2.4.2. Teorías causales de la permanencia de la mujer en una relación violenta.....	34
2.4.3. Teorías multi-factor del maltrato a la mujer por su pareja....	37
<b>3. Contextualización de la violencia contra las mujeres en el Salvador.....</b>	<b>47</b>
3.1. Violencia contra las mujeres en América Latina.....	49
3.2. Situación de la mujer en Centroamérica: el caso de Nicaragua, El Salvador y Guatemala.....	58
3.3. Situación de la violencia contra las mujeres en El Salvador.....	64
<b>4. Características psicosociales de las mujeres maltratadas por su pareja y de sus agresores.....</b>	<b>73</b>

<b>4.1. Características sociodemográficas y de la salud de las mujeres maltratadas y sus parejas agresoras.....</b>	<b>75</b>
<b>4.1.1. Características sociodemográficas y de la salud de las mujeres maltratadas por su pareja.....</b>	<b>78</b>
<b>4.1.1.1. Características sociodemográficas de las mujeres maltratadas por su pareja.....</b>	<b>78</b>
<b>4.1.1.2. Estado de salud de la mujer maltratada por su pareja.....</b>	<b>83</b>
<b>4.1.1.3. Adicciones de la mujer maltratada por su pareja.....</b>	<b>84</b>
<b>4.1.2. Características sociodemográficas y de la salud de los hombres que maltratan a sus parejas.....</b>	<b>87</b>
<b>4.1.2.1. Características sociodemográficas del hombre maltratador.....</b>	<b>90</b>
<b>4.1.2.2. Estado de salud del hombre maltratador.....</b>	<b>92</b>
<b>4.1.2.3. Adicciones del hombre maltratador.....</b>	<b>92</b>
<b>4.2. Transmisión intergeneracional de la violencia.....</b>	<b>96</b>
<b>5. Consecuencias en la salud de las víctimas.....</b>	<b>103</b>
<b>5.1. Consecuencias en la salud física y psicológica de las mujeres maltratadas por su pareja.....</b>	<b>105</b>
<b>5.1.1. Trastorno de Estrés Postraumático.....</b>	<b>109</b>
<b>5.1.2. Depresión.....</b>	<b>117</b>
<b>5.1.3. Ansiedad.....</b>	<b>120</b>
<b>5.1.4. Nivel de autoestima.....</b>	<b>121</b>
<b>5.1.5. Apoyo social.....</b>	<b>124</b>
<b>5.1.6. Estrés.....</b>	<b>129</b>
<b>5.1.7. Estado de salud, síntomas somáticos y consumo de medicamentos.....</b>	<b>130</b>
<b>5.1.8. Consumo de alcohol y drogas.....</b>	<b>134</b>
<b>5.2. Consecuencias en la salud física y psicológica de los hijos e hijas de las mujeres maltratadas por su pareja.....</b>	<b>137</b>

---

**INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**

<b>6. Introducción.....</b>	<b>148</b>
<b>7. Objetivos.....</b>	<b>149</b>
<b>8. Hipótesis.....</b>	<b>150</b>
<b>9. Variables.....</b>	<b>151</b>
<b>10. Método.....</b>	<b>152</b>
<b>10.1. Participantes.....</b>	<b>152</b>
<b>10.2. Instrumentos.....</b>	<b>153</b>
<b>10.3. Diseño experimental.....</b>	<b>157</b>
<b>10.4. Procedimiento.....</b>	<b>157</b>
<b>11. Análisis de los datos.....</b>	<b>161</b>
<b>12. Resultados.....</b>	<b>162</b>
<b>12.1. Resultados obtenidos con las mujeres maltratadas de la muestra     clínica.....</b>	<b>162</b>
<b>12.1.1. Características sociodemográficas de las mujeres         maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>162</b>
<b>12.1.2. Tipo y duración del maltrato de la pareja en la muestra         clínica.....</b>	<b>168</b>
<b>12.1.3. Características sociodemográficas, de salud y consumo de         sustancias de los agresores de la muestra clínica.....</b>	<b>172</b>
<b>12.1.4. Características sociodemográficas y estado de salud de los         hijos e hijas de la muestra clínica.....</b>	<b>175</b>
<b>12.2. Resultados obtenidos con el grupo de mujeres, maltratadas y no     maltratadas de la población general.....</b>	<b>177</b>

12.2.1. Características sociodemográficas de las mujeres de la población general.....	177
12.2.2. Características sociodemográficas, de salud y consumo de sustancias de las parejas de la población general.....	185
12.2.3. Características sociodemográficas y estado de salud de los hijos e hijas de la población general.....	189
12.3. Comparaciones entre los resultados obtenidos con la muestra clínica y con los dos grupos de la población general.....	191
12.3.1. Comparaciones en las variables sociodemográficas entre los el grupo de la muestra clínica y los dos grupos de la población general.....	192
12.3.2. Comparaciones en las variables de la pareja e hijos entre el grupo de la muestra clínica y los dos grupos de la población general.....	199
12.4. Diferencias en maltrato entre el grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica y el grupo de mujeres maltratadas de la población general.....	205
12.5. Relevancia de las variables sociodemográficas en el maltrato a la mujer por su pareja en el grupo de la muestra clínica y en el grupo de mujeres maltratadas de la población general.....	212
12.6. Consumo de sustancias y maltrato a la mujer por su pareja en el grupo de la muestra clínica y el grupo de mujeres maltratadas de la población general.....	214
12.7. Resultados obtenidos con respecto al estado de salud.....	220
12.7.1. Salud y apoyo social de las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....	220
12.7.2. Diferencias de salud y apoyo social entre el grupo de la muestra clínica y los dos grupos de la población general.....	236
12.7.3. Intensidad del maltrato a la mujer por su pareja y salud de las mujeres maltratadas en el grupo de la muestra clínica y el grupo de mujeres maltratadas de la población general.....	250
12.7.4. Variables cronológicas relacionadas con el maltrato y salud	

---

de las mujeres maltratadas en la muestra clínica.....	252
12.7.5. Variables sociodemográficas, conducta de fumar y consumir bebidas alcohólicas y salud en el grupo de mujeres de la muestra clínica y en los dos grupos de la población general..	254
13. Discusión.....	256
13.1. Características sociodemográficas y tipo de maltrato.....	256
13.2. Estado de salud e intensidad del maltrato.....	274
13.3. Limitaciones y futuras investigaciones.....	292
14. Conclusiones.....	296
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	301
ANEXOS.....	327



<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b>	<b>Páginas</b>
<b>Figura 1: Edad de las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>162</b>
<b>Figura 2: Estado civil de las mujeres de la muestra clínica.....</b>	<b>163</b>
<b>Figura 3: Número de hijos de las mujeres de la muestra clínica.....</b>	<b>164</b>
<b>Figura 4: Nivel de estudios de las mujeres de la muestra clínica.....</b>	<b>164</b>
<b>Figura 5: Profesión de las mujeres de la muestra clínica.....</b>	<b>165</b>
<b>Figura 6: Tipo de maltrato sufrido en la pareja de la muestra clínica.....</b>	<b>168</b>
<b>Figura 7: Años de maltrato sufrido por parte de la pareja en la muestra clínica</b>	<b>169</b>
<b>Figura 8: Edad de comienzo de la relación con el agresor en la muestra clínica..</b>	<b>170</b>
<b>Figura 9: Edad de la mujer al comenzar a ser maltratada por su pareja en la muestra clínica.....</b>	<b>171</b>
<b>Figura 10: Edad del agresor al comenzar el maltrato a la pareja en la muestra clínica.....</b>	<b>171</b>
<b>Figura 11: Nivel de estudios de la pareja agresora en la muestra clínica.....</b>	<b>172</b>
<b>Figura 12: Profesión de los agresores en la muestra clínica.....</b>	<b>173</b>
<b>Figura 13: Edad de la muestra de mujeres de la población general.....</b>	<b>178</b>
<b>Figura 14: Puntuaciones en maltrato psicológico en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>206</b>
<b>Figura 15: Puntuaciones en maltrato físico en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>207</b>
<b>Figura 16: Puntuaciones en maltrato sexual en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>208</b>
<b>Figura 17: Puntuaciones en maltrato psicológico en las mujeres maltratadas de la población general.....</b>	<b>209</b>
<b>Figura 18: Puntuaciones en maltrato físico en las mujeres maltratadas de la población general.....</b>	<b>210</b>
<b>Figura 19: Puntuaciones en maltrato sexual en las mujeres maltratadas de la población general.....</b>	<b>211</b>
<b>Figura 20: Sintomatología de reexperimentación de TEPT en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>221</b>
<b>Figura 21: Sintomatología de evitación de TEPT en las mujeres maltratadas</b>	

---

de la muestra clínica.....	222
<b>Figura 22: Sintomatología de aumento de activación de TEPT en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>223</b>
<b>Figura 23: Sintomatología somática en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>224</b>
<b>Figura 24: Síntomas de ansiedad e insomnio en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>225</b>
<b>Figura 25: Síntomas de depresión grave en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>226</b>
<b>Figura 26: Síntomas de disfunción social en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>227</b>
<b>Figura 27: Puntuaciones en estrés crónico en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>228</b>
<b>Figura 28: Puntuaciones en contrariedades diarias en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>229</b>
<b>Figura 29: Puntuaciones en confianza en sí misma en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>230</b>
<b>Figura 30: Puntuaciones en baja autoestima e inseguridad en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>231</b>
<b>Figura 31: Puntuaciones en apoyo emocional en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>232</b>
<b>Figura 32: Puntuaciones en apoyo instrumental en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>233</b>
<b>Figura 33: Puntuaciones medias de apoyo emocional percibido de cada fuente en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>234</b>
<b>Figura 34: Puntuaciones medias de apoyo instrumental percibido de cada fuente en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>235</b>
<b>Figura 35: Diagrama de caja de la sintomatología de estrés postraumático en el grupo de la muestra clínica y los dos grupos de la población general.....</b>	<b>241</b>
<b>Figura 36: Diagrama de caja de la sintomatología del GHQ-28 del grupo de la muestra clínica y los dos grupos de la población general.....</b>	<b>243</b>

<b>Figura 37: Diagrama de caja del estrés percibido del grupo de la muestra clínica y los dos grupos de la población general.....</b>	<b>245</b>
<b>Figura 38: Diagrama de caja de los factores de baja autoestima e inseguridad y confianza en sí misma en el grupo de la muestra clínica y los dos grupos de la población general.....</b>	<b>247</b>
<b>Figura 39: Diagrama de caja del apoyo social en el grupo de la muestra clínica y los dos grupos de la población general.....</b>	<b>249</b>

<b>ÍNDICE DE TABLAS</b>	<b>Páginas</b>
<b>Tabla 1: Tipo de ingresos de las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>166</b>
<b>Tabla 2: Titularidad de la vivienda de las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>166</b>
<b>Tabla 3: Parentesco de las personas con quienes conviven las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>167</b>
<b>Tabla 4: Tipo de población del domicilio de las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>167</b>
<b>Tabla 5: Consumo diario de bebidas alcohólicas de los agresores de la muestra clínica.....</b>	<b>175</b>
<b>Tabla 6: Consumo de drogas de los agresores de la muestra clínica.....</b>	<b>175</b>
<b>Tabla 7: Actividad de los hijos e hijas de las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>176</b>
<b>Tabla 8: Estado civil de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>179</b>
<b>Tabla 9: Medias de edad y número de hijos de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>179</b>
<b>Tabla 10: Nivel de estudios de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>180</b>
<b>Tabla 11: Profesión de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>181</b>
<b>Tabla 12: Tipo de ingresos de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>182</b>
<b>Tabla 13: Titularidad de la vivienda en los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>183</b>
<b>Tabla 14: Parentesco de las personas con las que conviven los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>184</b>
<b>Tabla 15: Tipo de población del domicilio de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>184</b>
<b>Tabla 16: Nivel de estudios de las parejas de las mujeres de los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>185</b>

<b>Tabla 17: Profesión de las parejas de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>186</b>
<b>Tabla 18: Conducta de fumar tabaco en las parejas de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>188</b>
<b>Tabla 19: Consumo de bebidas alcohólicas en las parejas de los dos grupos de mujeres, maltratadas y n maltratadas, de la población general.....</b>	<b>188</b>
<b>Tabla 20: Consumo de bebidas alcohólicas en las parejas de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>189</b>
<b>Tabla 21: Medias de las edades de los hijos e hijas de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>189</b>
<b>Tabla 22: Actividad de los hijos de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>190</b>
<b>Tabla 23: Número de enfermedades de los hijos de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>191</b>
<b>Tabla 24: Número de tratamiento de los hijos de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>191</b>
<b>Tabla 25: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las variables sociodemográficas cuantitativas entre el grupo de la muestra clínica y los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>192</b>
<b>Tabla 26: Estado civil del grupo de la muestra clínica y los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>193</b>
<b>Tabla 27: Nivel de estudios del grupo de la muestra clínica y los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>194</b>
<b>Tabla 28: Profesión del grupo de la muestra clínica y los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>195</b>
<b>Tabla 29: Actividad de las mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>195</b>
<b>Tabla 30: Tipo de ingresos de las mujeres de la muestra clínica y de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>196</b>
<b>Tabla 31: Disponibilidad de vivienda de las mujeres de la muestra clínica y de</b>	

---

los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....	197
<b>Tabla 32: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en el número de personas que conviven con las mujeres de la muestra clínica, y los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>197</b>
<b>Tabla 33: Parentesco de las personas con las que conviven las mujeres de la muestra clínica y los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>198</b>
<b>Tabla 34: Domicilio de las mujeres de la muestra clínica y los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>199</b>
<b>Tabla 35: Nivel de estudios de la pareja de las mujeres de la muestra clínica y de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>200</b>
<b>Tabla 36: Profesión de la pareja de grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>201</b>
<b>Tabla 37: Actividad de la pareja del grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>201</b>
<b>Tabla 38: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en el estado de salud de sus parejas entre las mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>202</b>
<b>Tabla 39: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas de sus parejas en el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>202</b>
<b>Tabla 40: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las edades de sus hijos entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>203</b>
<b>Tabla 41: Actividad de los hijos en el grupo de la muestra clínica y los dos</b>	

grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....	204
<b>Tabla 42: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en el estado de salud de sus hijos entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>204</b>
<b>Tabla 43: Coeficientes de correlación entre las variables sociodemográficas relacionadas con el maltrato y su intensidad en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>213</b>
<b>Tabla 44: Coeficientes de correlación entre las variables sociodemográficas y la intensidad del maltrato en los dos grupos de mujeres maltratadas (clínica y población general).....</b>	<b>213</b>
<b>Tabla 45: Coeficientes de correlación entre el apoyo social y la intensidad del maltrato en los dos grupos de mujeres maltratadas (clínica y población general).....</b>	<b>214</b>
<b>Tabla 46: Consumo de bebidas alcohólicas de la mujer en el grupo de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>215</b>
<b>Tabla 47: Consumo de drogas por parte de la mujer en la muestra clínica y los dos grupos, maltratada y no maltratada, de la población general.....</b>	<b>216</b>
<b>Tabla 48: Conducta de fumar en las mujeres de la muestra clínica y en las mujeres de los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>216</b>
<b>Tabla 49: Consumo de bebidas alcohólicas por parte de la pareja en la muestra clínica y en los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....</b>	<b>217</b>
<b>Tabla 50: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en la intensidad del maltrato entre las mujeres cuyas parejas no toman bebidas alcohólicas y los que sí lo hacen en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>218</b>
<b>Tabla 51: Medias, desviaciones típicas y comparaciones en la intensidad del maltrato entre las mujeres cuyas parejas no toman bebidas</b>	

alcohólicas y los que sí lo hacen en las mujeres maltratadas por su pareja de la población general.....	218
<b>Tabla 52:</b> Medias, desviaciones típicas y comparaciones en la intensidad de maltrato entre las mujeres cuyas parejas no consumen drogas y las que sí lo hacen en las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica.....	218
<b>Tabla 53:</b> Coeficientes de correlación entre el consumo de sustancias y la intensidad del maltrato a la mujer en la muestra clínica y el grupo de mujeres maltratadas de la población general.....	219
<b>Tabla 54:</b> Número de enfermedades autoinformado del grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....	236
<b>Tabla 55:</b> Número de medicamentos consumidos por el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....	237
<b>Tabla 56:</b> Medias, desviaciones típicas y comparaciones en el número de enfermedades autoinformado y en el consumo de medicamentos entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....	239
<b>Tabla 57:</b> Medias, desviaciones típicas y comparaciones en la sintomatología de TEPT entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....	240
<b>Tabla 58:</b> Medias, desviaciones típicas y comparaciones en la escala de GHQ-28 entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....	242
<b>Tabla 59:</b> Medias, desviaciones típicas y comparaciones en el nivel de estrés percibido entre el grupo de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....	244
<b>Tabla 60:</b> Medias, desviaciones típicas y comparaciones en los factores de autoestima entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....	246
<b>Tabla 61:</b> Medias, desviaciones típicas y comparaciones en los factores de	



apoyo social entre el grupo de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.....	248
<b>Tabla 62: Coeficientes de correlación entre la intensidad del maltrato y la salud y estrés de los dos grupos de mujeres maltratadas (clínica y población general).....</b>	<b>251</b>
<b>Tabla 63: Coeficientes de correlación entre la intensidad del maltrato y la enfermedad autoinformada de la mujer y sus hijos en los dos grupos de mujeres maltratadas (clínica y población general).....</b>	<b>251</b>
<b>Tabla 64: Estrés postraumático y tiempo desde el último episodio de maltrato en las mujeres maltratadas de la muestra clínica.....</b>	<b>252</b>
<b>Tabla 65: Coeficientes de correlación entre la salud y apoyo social de la mujer y las variables cronológicas del maltrato en las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica.....</b>	<b>253</b>
<b>Tabla 66: Coeficientes de correlación entre las variables sociodemográficas, la conducta de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas con los problemas de salud en las mujeres de la población general que no son maltratadas por su pareja.....</b>	<b>254</b>
<b>Tabla 67: Coeficientes de correlación entre las variables sociodemográficas, la conducta de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas con los problemas de salud de las mujeres de la población general que son maltratadas por su pareja.....</b>	<b>255</b>
<b>Tabla 68: Coeficientes de correlación entre las variables sociodemográficas, la conducta de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas con los problemas de salud de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica.....</b>	<b>255</b>

# 1.- INTRODUCCIÓN

El trabajo de tesis que se presenta continuación se centra en un tipo de violencia de género, el que se denomina generalmente “maltrato a la mujer por su pareja” y que es el que ocurre en la adultez, normalmente en la intimidad del hogar, y por parte de la pareja sentimental de la mujer. El maltrato a la mujer por su pareja, al igual que otras formas de violencia de género, es fruto de una serie de creencias, conductas y/o costumbres sociales que están relacionadas con el sometimiento, castigo, discriminación o privación de libertad que han venido sufriendo las mujeres a lo largo de la historia por el solo hecho de ser mujeres, y que alcanza cotas muy graves en el entorno familiar. Tanto es así que, tradicionalmente, la violencia física contra la mujer por parte de su pareja ha sido tolerada e incluso aceptada en muchas sociedades, siendo a menudo ignorada por el entorno, cuando no permitida e incluso "recomendada" como forma de castigo y control del marido hacia su esposa (Pérez del Campo, 1995). En muchas ocasiones, desde las instituciones y la sociedad, se ha minimizado el abuso y el daño ocasionado a estas mujeres y, con frecuencia, hasta se les ha culpabilizado de la situación de violencia que estaban viviendo (Hattendorf, Ottens y Lomax, 1999). Además, existe una serie de mitos en torno a este fenómeno que han contribuido de forma importante a oscurecer y confundir acerca de la verdadera magnitud del problema, las personas a las que afecta y las consecuencias que tiene para la salud física y mental de las víctimas.

El poder vivir libre y sin miedo a sufrir violencia es una cuestión básica de derechos humanos. Además, las investigaciones llevadas a cabo en las últimas décadas, han permitido constatar que la violencia contra las mujeres supone también un grave problema de salud pública (Buvinic, Morrison y Shifter, 1999; Ellsberg, 2006) ya que tiene un alto impacto en su salud. La Organización Mundial de la Salud (1998) reconoce que las secuelas que deja la violencia contra las mujeres en el hogar van más allá de las lesiones físicas directas que ocasiona el maltrato, teniendo también graves

consecuencias, a corto y largo plazo, para su salud física y mental. Pero, además de ser un problema importante de salud pública, la violencia contra las mujeres también es un asunto importante para la economía mundial ya que los datos recogidos en los últimos años desvelan que los problemas de salud que presentan las víctimas supone un considerable gasto anual para la sistemas sanitarios de los distintos países (Campbell, 2002; Chrisler y Ferguson, 2006; Heise y García-Moreno, 2003; Schollemberger et al., 2003). Ya en una investigación llevada a cabo hace 20 años en EEUU se constató que las mujeres que acudían a las salas de emergencias de los hospitales presentaban más lesiones que se debían al maltrato ejercido por la pareja que a los accidentes de tráfico, las violaciones o los atracos (McLeer y Anwar, 1989).

Pero no son las mujeres las únicas víctimas de la violencia ejercida por su pareja en el hogar ya que, con mucha frecuencia, estas agresiones tienen lugar en presencia de sus hijos e hijas quienes, no en pocos casos, han sido testigos del asesinato de su madre. Y, en muchas ocasiones, también sufren la violencia de forma directa. La visibilización de esta violencia se ha hecho de forma reciente y, en los últimos años, se ha comenzado a investigar los efectos que el vivir en un entorno donde existe violencia de género tiene, a corto y largo plazo, en la salud física y mental de los hijos (Edleson, 1999).

Aunque ya en 1995 la Organización de Naciones Unidas (1995) alertó sobre el hecho de que ningún país en el mundo puede informar de ausencia de violencia contra las mujeres en el ámbito del hogar, su frecuencia y gravedad parece variar de unas culturas a otras, constituyendo una amenaza severa contra la integridad de las mujeres en determinados países (Heise y García-Moreno, 2002). Así, el maltrato a la mujer por parte de su pareja es muy común en América Latina y es particularmente alarmante en El Salvador, un pequeño país centroamericano donde el constante clima de violencia azota a una sociedad herida por una larga guerra civil (Buvinic et al., 1999); una región con una cultura tradicionalmente basada en unos valores sociales bien enraizados, de índole patriarcal y machista (Garaizabal y Vázquez, 1994) y donde, además, las mujeres representan el sector más pobre y desfavorecido de la sociedad (Baires y Vega, 2005).

El trabajo de tesis que se presenta a continuación corresponde a la investigación que lleva por título: “Mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador:

características sociodemográficas y de salud”. Se trata de una investigación científica desarrollada en El Salvador en la que se evalúa la salud y calidad de vida de las mujeres maltratadas por su pareja, analizando su estado de salud física y mental, el maltrato que sufren, así como las características sociodemográficas y el nivel educativo de dichas mujeres y de sus parejas maltratadoras.

El maltrato a la mujer por su pareja constituye uno de los más graves problemas sociales de El Salvador, suponiendo éste un indicador más de la lamentable situación en la que se encuentran muchas de las mujeres de El Salvador las cuales, en la mayoría de los casos, viven en condiciones precarias y sin tener cubiertas las necesidades mínimas de alimentación, educación e higiene. Su acceso a trabajos cualificados es muy escaso y, además, tienen a su cargo más de una cuarta parte de los hogares del país (Oxfam Internacional, 2005).

A esta situación de desventaja y precariedad social se une la condición de vulnerabilidad ante todo tipo de violencia del que son víctimas las mujeres salvadoreñas, incluido el maltrato que reciben por parte de sus parejas sentimentales fruto del primitivo machismo del que adolece esta sociedad en desarrollo. En un país donde las políticas gubernamentales aún no contemplan medidas adecuadas para combatir este tipo de discriminación, y donde la concienciación de la sociedad tampoco es la suficiente como para censurar a los maltratadores y su comportamiento violento, la situación general de las mujeres que están siendo maltratadas por su pareja en El Salvador es de abandono y desprotección por parte de las instituciones, autoridades y organismos públicos y de olvido por parte de los medios de comunicación. Pese a que El Salvador es uno de los países de Latinoamérica con mayor índice de discriminación hacia las mujeres y de violencia de género, son pocos los datos oficiales existentes sobre su prevalencia y los que se disponen pertenecen a los años más recientes. Además, muchas de estas estadísticas están limitadas a las que ofrecen las denuncias interpuestas por las propias mujeres o a los casos donde el nivel de violencia fue más extremo, dejando oculta gran parte de la verdadera amplitud del problema. Por otro lado, no favorece una mejor visibilización de la violencia contra las mujeres salvadoreñas los obstáculos con los que se encuentran para salir de la situación y denunciar: soportan cargas familiares muy grandes y se sienten desprotegidas ante la ley (Baires y Vega, 2005; Massolo, 2005). Sin embargo, y a pesar del grave problema que supone para el país, las instituciones carecen de recursos para

asistirlas y, aun existiendo diversas asociaciones de mujeres, estas raras veces pueden ofrecer atención psicológica profesional a las víctimas de violencia de género.

Todas estas circunstancias anteriormente expuestas propician un gran desconocimiento sobre las condiciones reales de vida y salud en las que se encuentra las mujeres salvadoreñas y sus hijos, así como las secuelas que padecen como consecuencia del maltrato al que son sometidas con bastante frecuencia. Por tanto, el análisis de la violencia contra las mujeres en El Salvador y las consecuencias que supone para las víctimas se hace necesario y urgente a la vez que adquiere una gran importancia teniendo en cuenta la escasez de recursos con los que el país cuenta, la falta de atención por parte de las instituciones y la exigua sensibilización que su sociedad posee sobre dicho problema. Y, además, por la condición de la mujer salvadoreña que la sitúa en una de las más desfavorecidas de Latinoamérica y del mundo. Es por ello que un mayor conocimiento de maltrato a la mujer por su pareja, de las circunstancias en las que se da, de los tipos y características del maltrato así como de las consecuencias para la salud física y mental que supone para las víctimas, permitiría un mejor análisis de este problema social y de salud, algo imprescindible para buscar soluciones.

El objetivo general de esta tesis es el estudio de la salud de las mujeres salvadoreñas maltratadas por su pareja, analizando las condiciones demográficas y sociales en que se produce. En concreto, este trabajo pretende conocer el nivel formativo y laboral, tanto de de las mujeres maltratadas como de sus parejas, las características sociodemográficas y de salud de ellas y sus familias, así como el consumo de sustancias por parte de la mujer maltratada y su agresor. También se plantea conocer el tipo y patrón de abusos del que son víctimas, la presencia de trastorno de estrés post-traumático, depresión grave, ansiedad, insomnio, sintomatología somática, enfermedades físicas, consumo de medicamentos, disfunción social, su autoestima y seguridad en sí mismas. Asimismo, se pretende estudiar su percepción de apoyo social, el tipo de fuentes de apoyo de las que disponen, conocer su propia percepción acerca de su estado de salud y analizar la asociación entre todas estas variables con la intensidad y duración del maltrato.

Este trabajo de tesis está dividido en dos partes fundamentales: la primera parte es teórica y corresponde a la revisión bibliográfica llevada a cabo donde se recopilan los datos procedentes de las investigaciones publicadas que han analizado el

fenómeno del maltrato a la mujer por su pareja estudiando sus características y las circunstancias en que se produce, así como las características sociodemográficas y de salud de las mujeres, sus agresores y sus hijos. La segunda parte de este trabajo pertenece a la investigación empírica realizada donde se exponen principalmente los resultados obtenidos y la discusión de los mismos. Finalmente, el presente trabajo termina con un último capítulo de conclusiones generales, a continuación el listado de referencias bibliográficas para terminar con el apartado de los Anexos.

A continuación se describe la revisión bibliográfica la cual cuenta con cinco epígrafes fundamentales o capítulos, que se subdividen a su vez en varios subepígrafes. El primero de ellos, corresponde a este apartado de Introducción. El segundo capítulo, con el título de “Violencia contra las mujeres”, pretende ofrecer una aproximación al fenómeno partiendo de su primer subepígrafe cuyo fin es la conceptualización de los distintos tipos de violencia que existen contra las mujeres. Se procede, tras ello, a la delimitación y descripción de las distintas terminologías empleadas en la bibliografía especializada y al análisis general del fenómeno describiendo los tipos y fases del maltrato a la mujer por su pareja. También se presentan algunos datos sobre la frecuencia del maltrato a las mujeres por sus parejas en los distintos países y regiones del mundo así como en España. Y, posteriormente, se revisan algunas de las teorías explicativas.

El tercer capítulo recibe el nombre de “Contextualización de la violencia contra las mujeres en El Salvador” y su objetivo fundamental es una aproximación al contexto social y político de América Latina en general y de El Salvador en particular, entorno en el cual va a tener lugar esta investigación. Asimismo, este epígrafe tiene por objetivo un mejor conocimiento de la idiosincrasia de la mujer, primero Latinoamérica, centroamericana después y, finalmente, salvadoreña ya que es la que constituye la muestra de este estudio. Así, el contenido del primer subepígrafe está dirigido a ofrecer una visión general del problema de la violencia contra las mujeres en América Latina. El segundo subepígrafe proporciona un retrato de la situación social y política de las mujeres en Centroamérica. Y el tercer y último subepígrafe tiene como fin facilitar un mejor conocimiento acerca de la problemática de la violencia contra las mujeres en El Salvador, las medidas políticas y jurídicas llevadas a cabo a nivel nacional, los

acuerdos tomados internacionalmente, así como una descripción de las características sociodemográficas y educativas de las mujeres.

El cuarto capítulo lleva por nombre “Características psicosociales de las mujeres maltratadas por sus parejas y sus agresores”. El objetivo general de este epígrafe es analizar los indicadores psicológicos, sociales y de salud que, según la bibliografía especializada, describen la población objeto de este estudio, así como una breve revisión de las investigaciones realizadas acerca de la transmisión intergeneracional de la violencia como otro posible factor relevante. De esta forma, el primer subepígrafe se centra en la descripción de las víctimas de maltrato y sus parejas. Este apartado está a su vez dividido en dos puntos más, el primero está dedicado a las víctimas del maltrato a la mujer por su pareja, haciendo una revisión de sus características sociodemográficas, de salud y sus posibles adicciones al alcohol y otras drogas y el segundo punto se centra en los hombres maltratadores procediendo, del mismo modo, a hacer una revisión de sus características sociodemográficas, de salud y sus adicciones al alcohol y otras drogas. Y, por último, se realiza una breve revisión de las investigaciones acerca de la transmisión de la violencia de generación en generación.

El quinto capítulo trata las consecuencias que el maltrato a la mujer por su pareja supone para las víctimas. Dicho epígrafe, que recibe el nombre de “Consecuencias en la salud de las víctimas”, está dividido en dos partes fundamentales atendiendo a las dos clases de víctimas fundamentales de la violencia machista: las mujeres y sus hijos e hijas. La primera se centra en las mujeres y se hace una revisión de cada una de las secuelas de salud física y mental más comúnmente descritas en la bibliografía especializada. Y la segunda parte está dirigida a la revisión de la salud de los hijos e hijas que, a menudo, presencian la violencia cuando no son también destinatarios del maltrato ejercido sobre la madre por parte de su pareja.

## **2.- VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES**

---

- 2.1. Concepto de violencia contra las mujeres**
- 2.2. El maltrato a la mujer por su pareja**
- 2.3. Frecuencia del maltrato a la mujer por su pareja**
- 2.4. Teorías explicativas del maltrato a la mujer por su pareja**
  - 2.4.1. Teorías del maltrato**
  - 2.4.2. Teorías causales de la permanencia de la mujer en una relación violenta**
  - 2.4.3. Teorías multi-factor del maltrato a la mujer por su pareja**



Para un mejor entendimiento del fenómeno del maltrato a la mujer por su pareja es imprescindible comenzar con una aproximación a su conceptualización. En este capítulo se revisan las distintas clases de violencia de género presentes en la bibliografía especializada presentando también datos sobre su frecuencia y las principales teorías que pretenden explicarla. El primer epígrafe tiene como objetivo analizar, a través de la revisión bibliográfica, el concepto de “maltrato a la mujer por su pareja”, revisando su delimitación conceptual, su significado y algunas de las diferentes terminologías que pueden recibir ya que cada una puede variar según se trate en la redacción de las leyes de los diferentes países, los medios de comunicación, acuerdos internacionales o bibliografía especializada. Para ello, se profundizará en el fenómeno partiendo de los conceptos más genéricos que abarcan todos los tipos de violencia que sufren las mujeres a lo largo de sus vidas, tanto en el ámbito privado como en el público, pasando por la violencia doméstica que es la que la mujer sufre en el seno del hogar por algún miembro de la familia, hasta llegar finalmente a las formas de maltrato inflingido por la pareja en su contexto más íntimo y que constituye el tipo de violencia experimentado por las participantes de este estudio.

El segundo subepígrafe se centrará exclusivamente en el maltrato a la mujer por su pareja y tiene como objetivo un mayor conocimiento y profundización de las características concretas en las que se da este tipo de violencia. Se hablará, por tanto, del ciclo de la violencia, de los tipos de maltrato, de sus fases, duración, intensidad y edad de comienzo.

A continuación, se pasará al subepígrafe tercero cuyo objetivo constituye una aproximación a la magnitud del maltrato a la mujer por su pareja en el mundo. Por esta razón, el contenido de este apartado estará referido a la frecuencia en que ocurre. Se hará con este fin una revisión bibliográfica que nos permitirá hacer un recorrido por algunos de los datos y estadísticas disponibles en la bibliografía especializada y también se incluirán datos procedentes de instituciones gubernamentales y privadas. Estos datos cumplen el objetivo de ofrecernos una panorámica actual del maltrato a la mujer por su pareja a través de algunos de sus índices de prevalencia a nivel nacional e internacional.

Para finalizar el capítulo, se incluirá un epígrafe cuyo fin será abordar el fenómeno del maltrato a la mujer por su pareja desde una perspectiva teórica. Para ello, se profundizará en este tipo de violencia ejercido contra la mujer en sus relaciones íntimas haciendo uso de algunas de las teorías explicativas que se han desarrollado con el fin de llegar a un mejor entendimiento de este fenómeno. Se hará un recorrido por varios modelos teóricos procedentes de las diversas disciplinas que han constituido una herramienta imprescindible para una mayor comprensión de las causas y la naturaleza de este tipo de violencia.

### **2.1. Concepto de Violencia contra las mujeres**

La Organización de Naciones Unidas (ONU) (1995) plantea que la violencia de género se refiere a todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tiene o puede tener como resultado, un daño físico, sexual o psíquico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada. Como señala la ONU, se trata de una violencia que sufren las mujeres por el mero hecho de ser mujer, es decir, por su pertenencia al género femenino.

La violencia contra las mujeres es una manifestación de la desigualdad de género y una estrategia de subordinación y control de las mismas sustentada en la inequidad de poder entre géneros, incluidas las desigualdades legales, económicas y físicas, entre otras (Koss et al., 1995). Aunque a lo largo de la historia se ha pretendido considerarla como un fenómeno “natural” propiciado por la inferioridad física de la mujer y los factores hormonales del hombre que los predisponen a la violencia, la evidencia empírica apunta a que la violencia de género es un hecho social que se da a distintos niveles. A nivel familiar la violencia contra las mujeres se manifiesta a través del maltrato físico, sexual y psicológico. También se da dicha violencia a nivel comunitario, ya que muchos de estos abusos forman parte de la cultura, la religión o las costumbres de una determinada comunidad. A este nivel también se dan otras formas de violencia como la agresión sexual, el acoso sexual e intimidación en el trabajo; la prostitución forzada y tráfico de mujeres; y también se da violencia contra las mujeres en los medios de comunicación con la comercialización del cuerpo femenino y la pornografía. A nivel de estado, se da la violencia política contra las mujeres, por medio

de leyes, medidas políticas o tolerancia de la violencia de género por parte de la población (O'Toole y Schiffman, 1997). Ejemplos de formas de violencia contra las mujeres son las mutilaciones genitales, esterilizaciones, abortos selectivos, embarazos forzados, la violación y la tortura en caso de detención (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; O'Toole y Schiffman). El ciclo vital en el que se encuentra la mujer también determina que la violencia vaya adoptando expresiones diversas, yendo desde el aborto selectivo en función del sexo antes de nacer, hasta el homicidio de viudas en la vejez, pasando por la mutilación genital femenina durante su infancia o el maltrato a la mujer por su pareja en la edad adulta. Asimismo, el entorno socio-cultural y religioso de cada país influye en que se dé un tipo de violencia de género u otra y la mayor o menor incidencia de cada tipo. Así, en España probablemente sean el maltrato a la mujer por su pareja, las agresiones sexuales y el acoso sexual, las tres formas de violencia contra las mujeres más frecuentes (Ferrer y Bosch, 2004).

La violencia contra las mujeres, por tanto, es un fenómeno social que afecta a todas las esferas públicas y privadas de las mismas. Si le otorgamos la connotación de "doméstica", nos referimos al tipo de violencia que se comete en privado, en el seno de los hogares, y se incluye entre otros tipos de violencia que también se dan en el hogar. Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, (2006), establecen unos criterios mínimos para clasificar un comportamiento como violencia doméstica:

- a) que sea un acto de violencia física, sexual y/o psicológica
- b) que lo lleve a cabo su pareja o ex pareja, u otro miembro de la unidad familiar
- c) que en el caso de que la víctima sea mujer, el agresor esté en una situación de dominio
- d) y que en el caso de la violencia psicológica, ésta se lleve a cabo de una forma reiterada o habitual.

Como vemos, esta terminología se reduce a un tipo de violencia de género que ocurre en privado, dentro de las familias, etiqueta que ha sido tradicionalmente muy utilizada tanto en el ámbito académico como profesional para referirse a la violencia ejercida en la pareja, y más particularmente, a la violencia que el hombre ejerce sobre la mujer. Sin embargo, este término puede resultar confuso ya que, como

se puede observar en sus criterios de clasificación, puede referirse también a otros tipos de violencia que se dan en el hogar y entre los distintos miembros que conforman el núcleo familiar. Por otro lado, como señalan Rodríguez, López-Cepero y Rodríguez (2009), no se ajusta adecuadamente al fenómeno al que da nombre ya que no especifica, por ejemplo, quien ejerce la violencia y quien es la víctima ni que relación hay entre ellos, pero también excluye la violencia que ejerce sobre la mujer su ex pareja que ya no convive con ella o el tipo de violencia que ocurre en las relaciones de noviazgo.

Otros autores utilizan el término de “violencia intrafamiliar”, para referirse a la violencia que se comete dentro de la familia perpetrada por cualquier miembro de la unidad familiar y en la que la víctima también puede ser cualquier miembro de la familia, aunque lo más habitual es que sea la mujer o los hijos. Pero también incluye la violencia contra los ancianos y la violencia de la mujer al marido. Sin embargo, aunque el término de violencia intrafamiliar engloba todos estos tipos, la incidencia de casos de violencia contra el hombre es mucho menor en comparación con los casos de violencia contra las mujeres e hijos, habiéndose estimado que solo el 5% de los hombres son víctimas (O’Toole y Schiffman, 1997). No obstante, hay autores que hablan del “abuso al marido” para denominar los casos de las mujeres que maltratan a sus parejas masculinas. Pero, además de que estos casos son mucho menos frecuentes, estudios rigurosos plantean que, si se considera que el término “maltratado” significa violencia con consecuencias físicas, “no han encontrado evidencia importante para el síndrome del hombre maltratado”, siendo “la mujer la que es golpeada” (Berk, Fenstermaker, Loseke y Rauma, 1983; pág. 210). Y también se han encontrado otras diferencias cuando quien ejerce la violencia es una mujer. Así, si una mujer agrede a un hombre, es muy frecuente que lo haga en defensa propia (Walker, 1999). Y el tipo de violencia infligido hacia la pareja masculina suele ser más de tipo psicológico y se comete habitualmente a través de abusos económicos, aislamiento e indiferencia afectiva (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005) actualmente se está sustituyendo el término “violencia doméstica” contra las mujeres por “violencia infligida por la pareja”, para referirse concretamente a los malos tratos físicos, psicológicos, sexuales o de otra índole que sufre la mujer maltratada por parte de su

cónyuge, pareja o ex pareja. Ahora bien, el término “violencia” incluye otros comportamientos más sutiles, además de los malos tratos físicos, psicológicos y/o sexuales. Por ello, en este trabajo se utilizará principalmente la denominación “maltrato a la mujer por su pareja” por considerar que es la más apropiada para definir el tipo de violencia de género que constituye el objeto de este estudio, entendiendo “maltrato” en el sentido de daño ocasionado intencional e ilegítimamente por parte de la pareja (Fontanil et al., 2005). En este término se incluye a los maridos o ex maridos, los compañeros o ex compañeros (es decir, los que conviven o han convivido sin haber contraído matrimonio) y los novios o ex novios (parejas que tienen compromiso tácito o expreso de casarse o vivir juntos) (Alberdi y Matas, 2002; Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004).

El maltrato a la mujer por su pareja es una de las formas más comunes de violencia de género en nuestra sociedad. Como describen Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa y Zubizarreta (1997) incluye todo tipo de actos violentos o amenazas que recibe una mujer a manos de su cónyuge, pareja, o ex pareja, y está caracterizado por agresiones físicas (golpes, patadas, palizas...), psíquicas (menosprecio, humillación, insultos, amenazas...) o sexuales (conductas sexuales forzadas), llevadas a cabo reiteradamente en el entorno familiar, vulnerando la libertad de la mujer, que le causan daño físico y/o psicológico y, en casos extremos, la muerte. Aunque no todas las mujeres sufren los tres tipos de maltrato, ni con semejante gravedad, es muy frecuente que éstos se den de manera conjunta y que vaya aumentando su frecuencia e intensidad con el paso del tiempo (Matud, Gutiérrez y Padilla, 2004).

Existen diferencias entre culturas en los niveles de frecuencia y gravedad en los que el maltrato a la mujer por su pareja se manifiesta, dejando al descubierto las actitudes y la percepción que tienen al respecto las diferentes sociedades. De esta forma hay países que han tomado conciencia de la gravedad del fenómeno y han legislado al respecto y creado servicios de atención a las víctimas, mientras que en otros se sigue considerando una cuestión privada, y por tanto, no se hacen esfuerzos por atajarla (Fontanil et al., 2005). A pesar de ello, en los últimos años, en muchos países la sociedad en general ha ido poco a poco tomando conciencia de este grave problema social que supone una amenaza para la democracia, la paz, los derechos humanos y la convivencia entre hombres y mujeres.

El maltrato a la mujer por parte de su pareja empezó a definirse como un problema social gracias al movimiento feminista del siglo XX, iniciado en la década de los sesenta, el cual comenzó a denunciar la violencia sexual contra las mujeres en primer lugar y, más tarde, la violencia en el hogar por parte de sus parejas (Heise, 1997). Pero no fue hasta la segunda mitad de los años ochenta cuando las feministas europeas consiguieron hacerse oír para que sus gobiernos reformaran las leyes sobre la violencia contra las mujeres. A nivel mundial se le dedicó una especial atención cuando en la cuarta conferencia internacional de la mujer de Naciones Unidas, celebrada en China en 1994 (ONU, 1995), se puso de manifiesto que ningún país podía informar de ausencia de violencia a las mujeres en el entorno del hogar, aunque por otra parte la gran variabilidad de los datos presentados evidenciaba el desconocimiento sobre su incidencia. La evolución de la concienciación mundial se hace patente si se tiene en cuenta que entre la primera conferencia de la mujer de Naciones Unidas en 1975, y ésta última, han transcurrido 20 años en los que el problema de la violencia contra las mujeres por parte de sus parejas ha pasado a ser la mayor prioridad. Además, en esta última ocasión se consiguió un acuerdo respecto a considerar que la violencia en contra de la mujer en su propio hogar supone graves consecuencias para su salud, autoestima, y confianza en sí mismas (Walker, 1999).

En España, el proceso de concienciación social y la consecuente legislación fue mucho más lento ya que no fue hasta la transición a la democracia, y con la Constitución de 1978, la primera vez que se declaró de forma explícita la igualdad legal entre hombres y mujeres como punto de partida (Alberdi y Matas, 2002). A partir de entonces, se sucedieron distintas reformas menores del Código Penal en los años 1983, 1989, 1995 y 1999. Pero no fue hasta la de 1989, la que llevó a que el Código Penal español contemplara como delito los malos tratos reiterados en la familia. Es también en esta reforma cuando se incluye la figura de pareja de hecho como condición similar a la de matrimonio en relación a la consideración de violencia en la pareja. Sin embargo, una mayor concienciación social sobre la violencia doméstica en los años 90, lleva a una revisión de las causas de este fenómeno y los distintos movimientos de mujeres presionan para un cambio legislativo. Es por ello que, en 1995, se lleva a cabo una nueva reforma que considera de forma expresa la violencia en contra de las mujeres y, consecuentemente, se incrementan las penas para el delito de malos tratos

añadiendo además la pena correspondiente a la magnitud de las lesiones ocasionadas (Ferrer y Bosch, 2004). Otro avance importante se produce en 1999, cuando se introducen las medidas de prevención de la violencia a través de las órdenes de alejamiento del agresor y se toma en consideración por primera vez, el maltrato psicológico (Alberdi y Matas). No obstante, no fue hasta el año 2004, con la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (BOE 29-12-2004), cuando se contempló la puesta en marcha de una amplia batería de medidas penales, judiciales, educativas y laborales en las que, además de aumentar las penas de los maltratadores, se empieza a tener en cuenta a la víctima y su recuperación física y mental.

Ahora bien, tal avance a nivel de sensibilización de la sociedad, concienciación y legislación de los gobiernos no ha experimentado similar evolución en todas las partes del mundo. En los países en vías de desarrollo, los diferentes gobiernos todavía brindan poco apoyo a las leyes contra la violencia de género y esta preocupación por el maltrato y la discriminación contra la mujer es relativamente reciente y muy vinculada a sectores de la población minoritarios, tales como asociaciones de mujeres u organizaciones internacionales.

A pesar, no obstante, de que los niveles de concienciación social y la evolución experimentada por los distintos países en cuestiones de medidas políticas y legislativas haya tenido distintas evoluciones, el maltrato a la mujer por su pareja afecta a todas las mujeres independientemente de su etnia, cultura, clase social, edad, nivel educativo y económico. Pese a que su incidencia resulta muy difícil de comprobar, se ha encontrado gran diversidad en las variables sociodemográficas, niveles educativos y laborales de las víctimas. De ahí que muchos autores destaquen el carácter universal de este fenómeno, así como la complejidad y la necesidad del análisis diferencial en función de la situación de abuso (Alberdi y Matas, 2002; Fontanil et al., 2002; Matud, 2004b). Además, el impacto en la salud de la mujer es tan grave que, de considerarse tan solo un problema de derechos humanos, pasó a considerarse un problema grave de salud pública (Fischbach y Herbert, 1997; Heise y García-Moreno, 2002; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998).

## 2.2. Maltrato a la mujer por su pareja

Las investigaciones en este ámbito permiten identificar tres tipos fundamentales de maltrato que el hombre ejerce sobre su pareja, que son: maltrato psíquico, maltrato físico y maltrato sexual. Con esta terminología se hace alusión a la expresión de la conducta violenta y no a sus consecuencias, ya que como señalan Sarasua y Zubizarreta (2000) un acto de violencia física puede ocasionar secuelas físicas y/o psicológicas en la mujer maltratada.

Los *malos tratos psíquicos* pertenecen a la categoría que menos se ha desarrollado tanto en la investigación como en la clínica (Villavencio y Sebastián, 2001). Son aquellas conductas intencionadas que producen desvalorización o sufrimiento en las mujeres. Follingstad, Rutledge, Berg, House y Polck (1990) elaboran una clasificación que ha sido muy utilizada en la bibliografía:

- a) Ridiculización, humillación, amenazas verbales e insultos
- b) Aislamiento social y económico
- c) Celos, posesividad
- d) Amenazas verbales de maltrato, daño o tortura dirigidas tanto hacia la mujer como a los hijos
- e) Amenazas repetidas de divorcio, abandono o tener una aventura con otra mujer
- f) Destrucción o daño de las propiedades personales a las que se le tiene afecto.

Corsi (1995), por su parte, hace una clasificación del maltrato psicológico fundamentada en las actitudes del maltratador hacia la víctima, en la que diferencia tres tipos:

- Hostilidad, que se hace patente a través de insultos, reproches y amenazas.
- Desvalorización, que se manifiesta a través del desprecio de todo lo referente a la víctima, lo que hace, lo que opina o incluso su aspecto físico e indumentaria.
- Indiferencia. Se trata de una forma de maltrato basado en la ignorancia y falta de atención absoluta a la mujer y sus necesidades.

Otra forma de maltrato psicológico sería el que Heise y García-Moreno (2003), denominan *conductas de control* que consisten, fundamentalmente, en el



aislamiento de la víctima apartándola de sus apoyos sociales, en el control y vigilancia de todos sus movimientos y en la restricción en el acceso a información y asistencia.

Los *malos tratos físicos* son todos aquellos actos no accidentales que provocan o pueden provocar daño físico a las mujeres. Dutton (1992) considera que es una conducta consistente en el uso de la fuerza intencional contra el cuerpo de la otra persona con el riesgo de producir lesión, daño o dolor, independientemente de las consecuencias reales de este acto y cualquiera que sea el grado o gravedad de las consecuencias. Algunos de los más frecuentes son bofetadas, patadas, golpes y palizas.

Y los *malos tratos sexuales* son todas aquellas situaciones en las que se le impone a la mujer un contacto sexual o cualquier actividad relacionada con la sexualidad en contra de su voluntad. En otras palabras, se podría definir como cualquier conducta de intimidad sexual forzada a través de la coacción, la intimidación o estado de inconciencia/indefensión de la víctima (Dutton, 1992).

Aunque no todas las mujeres víctimas de violencia doméstica sufren todos los tipos de abuso, sí es muy frecuente que se den de manera conjunta (Ellsberg, Peña, Herrera, Liljestrand, y Winkvist, 2000; Fontanil et al. 2002; Koss, Bailey, Yuan, Herrera y Lichter, 2003; Matud, 2004b; Matud et al., 2004). Sobre todo en el caso de la violencia física y psicológica, que se encuentran íntimamente relacionadas ya que, como afirman Dutton y Golant (1995), una persona se siente ultrajada cuando es golpeada. También resaltan estos autores los efectos de la combinación maltrato físico-psicológico que, al darse simultáneamente, hace que los agresores obtengan como resultado el control y la dominación de sus víctimas.

Matud (2004b) encontró en su estudio que lo más frecuente era que una mujer sufriera maltrato físico y psicológico conjuntamente, lo que se daba en el 46% de una muestra de 270 mujeres. Un 33% de víctimas sufría los tres tipos de maltrato y un 16% eran maltratadas solo psicológicamente. Resultados similares encontró Pico-Alfonso (2005) cuando, en su estudio, constató que todas las mujeres que habían sido maltratadas físicamente declararon también haber sido maltratadas psicológicamente, y un 32% sufrió, además, abusos sexuales por parte de su pareja. En otro estudio en el que se les preguntó a las mujeres que tipo de maltrato era el que sufrían de forma más habitual, el 52% contestó que el maltrato psicológico, el 18% dijo que el maltrato físico, y otro 18% dijo que los dos (Domínguez, García y Cuberos, 2008). No obstante,

a pesar de la frecuencia con que las mujeres son víctimas de maltrato físico y psicológico conjuntamente, Unger y Crawford (1992) advierten que suelen considerarse de forma separada por dos razones: 1) aunque el abuso psicológico suele ser muy doloroso y dañino para la mujer, habitualmente no conlleva lesiones en órganos internos o incluso la muerte, como ocurre con el maltrato físico; 2) el maltrato físico es más fácil de medir que el psicológico.

Es muy frecuente, del mismo modo, el solapamiento entre la violencia física y sexual y, aunque tradicionalmente han sido estudiadas de forma independiente, sí es cierto que este hecho cada vez se refleja con más frecuencia en la bibliografía. De esta forma, Smith, Thornton, DeVellis, Earp y Coker (2002) aseveran que aproximadamente la mitad de las mujeres que han sido maltratadas físicamente, también han sufrido violencia sexual por parte de sus parejas. En el resto de los casos en los que las mujeres sufren un único tipo de maltrato, el más frecuente es el psicológico, seguido del físico y por último del sexual (Fontanil et al., 2002; Ramírez y Patiño, 1997). Fontanil et al. encuentran una gran variabilidad en el maltrato psicológico que el hombre ejerce sobre su pareja el cual tiene manifestaciones muy distintas siendo unas más sutiles que otras. Las más mencionadas por las mujeres son los insultos, la humillación y la intimidación, a la vez que comportamientos dominantes por parte del hombre tales como el control de amistades, limitar la relación con la propia familia, limitar el desarrollo profesional, etc. (OMS, 2005). Detrás de este maltrato psicológico a la mujer suele residir el “control” de la pareja como principal motivación y como reflejo de una situación de abuso de poder (Dutton, 1992; Pérez del Campo, 1995), de ahí la existencia de conductas tan frecuentes en los agresores como los celos, el aislamiento social y el empeño de mantener a la mujer en una situación de dependencia. Tanto es así que los celos patológicos suelen aparecer con mucha frecuencia en las relaciones de maltrato (Faulkner, Stoltemberg, Logen, Nolder y Shooter, 1992; Saunders, 1992).

Es importante resaltar la gravedad de las agresiones psicológicas ya que, aunque no dejen marcas visibles, es tan eficaz como los golpes a la hora de paralizar el desarrollo psicológico de una persona (Echeburúa, Corral y Amor, 2000). Además, muchos autores coinciden en afirmar que las secuelas del maltrato psicológico son más duraderas, persistiendo aún cuando ya ha terminado la relación violenta (Ellsberg, 1999; Ellsberg, Liljestrand y Winkvist, 1997; Ramírez y Patiño, 1997). En definitiva, la

variabilidad y los efectos devastadores del maltrato psicológico dejan al descubierto que este tipo de agresión no es fruto de una desafortunada reacción puntual que pueda tener el hombre, sino que forma parte de todo una “campaña” de control sobre la víctima donde un objetivo importante es dañar su autoestima.

En cuanto al maltrato físico, la OMS en un Estudio Multipaís (2005), encontró que las agresiones más frecuentes eran una bofetada propinada por la pareja, seguido de un puñetazo, siendo los niveles de violencia física y sexual más altos en los entornos rurales de los distintos países estudiados que en las zonas urbanas. En la mayoría de los casos en los que las mujeres habían sido víctimas de violencia física, ésta no era tampoco un hecho aislado si no que, a menudo, los malos tratos físicos eran frecuentes. Ellsberg, Peña, Herrera, Liljestrand y Winkvist (1999), en su estudio realizado en Nicaragua, encontraron una relación entre la frecuencia y gravedad de los malos tratos físicos, siendo más frecuente los episodios de violencia psicológica en aquellos casos en los que las mujeres manifestaron haber sido víctimas de violencia física más severa que aquellas que informaron de sufrir violencia moderada. Este tipo de violencia basado en la agresión física a la mujer, persigue principalmente según Ramírez y Patiño (1997), intimidarla y así definir la autoridad del hombre.

En relación a la violencia sexual, en el estudio de la OMS (2005) se encontró que, en la mayoría de los países, ésta se producía a través de fuerza física en casi el 50% de los casos, siendo más frecuente que aquellos casos en los que la mujer accedía a tener relaciones sexuales por temor a sus parejas. Además, en todos los entornos, aunque con un porcentaje menor, las mujeres eran obligadas a realizar actos sexuales que consideraban degradantes y/o humillantes. Una consecuencia de la violencia sexual es la dificultad que encuentra la mujer para protegerse de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual, incluida la infección por VIH (Heise y García-Moreno, 2003). De hecho, así lo demuestran Ellsberg, Peña et al. (1999, 2000), con mujeres nicaragüenses, donde sufrir violencia en el hogar precedía en gran medida a tener muchos hijos.

En muchos casos, la violencia física y sexual persiste aún cuando la mujer está embarazada o incluso se inicia cuando va a tener a su primer hijo, a pesar de las consecuencias tan negativas que este abuso puede suponer tanto para la salud de la mujer como del feto. En un estudio realizado en Nicaragua, el 31% de las mujeres que

se identificaron como maltratadas por sus parejas habían sufrido violencia física durante el embarazo y, de ellas, el 70% informaron que este maltrato había sido de la misma intensidad o aún más severo que el recibido cuando no estaban en ese estado. Además, la mitad de las mujeres que habían sido maltratadas físicamente durante el embarazo habían recibido golpes en el vientre como parte de estas agresiones (Ellsberg et al., 2000). Un motivo habitual que muchos hombres usan para justificar el maltrato a sus mujeres embarazadas es la duda o sospecha de no ser ellos los padres de ese hijo. Sin embargo, eso no quiere decir que no se dé el maltrato en muchos casos en los que el padre ha dicho que quiere a su futuro hijo y lo reconoce como suyo (Campbell, 1998). Campbell advierte que el maltrato a la mujer durante el embarazo puede servir para identificar familias de riesgo en las cuales los niños también pueden ser maltratados.

Los episodios de violencia se suelen producir en privado, lo que intensifica la indefensión de la mujer (Fontanil et al., 2002). En el estudio de Ellsberg et al. (2000) con mujeres nicaragüenses, la mayoría habían sido siempre golpeadas dentro de la casa, normalmente en la habitación, aunque un 22% también fueron maltratadas en la calle. En el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) realizado con maltratadores, se encontró que el 74% de ellos solo eran violentos en el hogar, adoptando conductas sociales adecuadas fuera de casa. Estos autores afirman que dichos hombres utilizan la violencia en el hogar como vía de escape para sus frustraciones, lo que suele ir unido con frecuencia al consumo de alcohol y los celos patológicos.

Ante las agresiones la respuesta de la mujer suele ser generalmente activa: defenderse, aguantar, huir o acceder a las peticiones de la pareja para poner fin al conflicto. Aún así, esta reacción depende de los recursos de los que se dispone y suele atender a una serie de estrategias de supervivencia que la víctima pone en funcionamiento para preservar su seguridad y la de sus hijos (Heise y García-Moreno, 2003).

Los estudios que existen hasta el momento sobre el maltrato a la mujer por parte de su pareja, coinciden en situar el inicio de esta violencia en los primeros años de relación, incluso, en algunos casos, desde los años de noviazgo (Amor et al., 2002; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Fontanil et al., 2002; Matud, 2004b, 2005; Rodríguez y Rodríguez, 2009). De hecho, suelen ser en las primeras relaciones de noviazgo durante la adolescencia y la juventud, cuando se establecen las primeras

normas de funcionamiento que pueden resultar claves para el desarrollo de una dinámica violenta con la estabilización de la pareja (Rodríguez y Rodríguez). Y aunque la violencia durante el noviazgo es menos frecuente, sí suelen comenzar los episodios de maltrato en los primeros años de matrimonio o convivencia (Ellsberg et al., 2000). En este sentido llama la atención que en el estudio de Matud (2004b), con mujeres españolas, la mitad de ellas habían sido maltratadas antes de los 23 años de edad, y una cuarta parte antes de los 19. Este dato encuentra también su confirmación en el Estudio Multipaís de la OMS (2005), donde las mujeres de entre 15 y 19 años suponían el porcentaje más alto, en todos los países, de víctimas de maltrato físico y sexual por parte de sus parejas ocurrido en los últimos 12 meses.

El abuso suele aparecer de forma indetectable, con pequeños episodios de poca gravedad y aislados que no son calificados de maltrato por la víctima y su entorno. Además, una vez que se da un primer episodio de maltrato, aumenta la probabilidad de que ocurran más y cada vez por motivos más insignificantes (Echeburúa y Corral, 2003). Contribuye también a que estas señales predictoras pasen desapercibidas las prontas justificaciones que, tanto el agresor como el entorno, encuentran para el maltrato escudadas en el contexto ideológico y cultural que las favorece (Fontanil et al., 2002). Estas conductas toleradas que parecen inofensivas, van aumentando sutilmente su gravedad e intensidad alternándose con manifestaciones cariñosas, por ello en un principio puede ser difícil para la víctima tomar conciencia de ello pero, progresivamente, van creando un clima de tensión, miedo y coacción (Walker, 2006). Por otro lado, ya quebrantada la barrera del respeto al otro, la violencia se convierte en un patrón de conducta basado en el control de la pareja con manifestaciones cada vez más frecuentes (Echeburúa y Corral). De hecho, ya establecida la violencia en la pareja, es probable que vaya aumentando progresivamente también la frecuencia y la severidad de los episodios hasta llegar a los niveles más graves de violencia. En estos casos es ya muy habitual que se hayan dado todos los tipos de maltrato, incluso las agresiones sexuales, amenazas, uso de armas y maltrato delante de otras personas. Las mujeres que se encuentran en esta situación, habitualmente, se han sentido en peligro de muerte en algunas ocasiones. Y, si han denunciado las agresiones, suelen retirar las demandas con bastante frecuencia debido al miedo que sienten por sus vidas (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral, 2008).

Walker (1979) describe un “ciclo de la violencia” en el que identifica tres fases generales que, aunque con diferencias individuales obvias entre parejas y dentro de la misma en cuanto a intensidad y duración, se identifican con las siguientes: la primera fase recibe el nombre de “acumulación de tensión” y se caracteriza por la ocurrencia de episodios aislados de baja intensidad, que se correspondería con el inicio de la violencia ya descrito, pero que van acumulando tensión en la pareja hasta que da lugar a la segunda fase o “episodio agudo”. Esta fase se caracteriza por un episodio grave de violencia y, seguidamente, tendría lugar la tercera fase, denominada “de calma o luna de miel”, en la que el agresor se muestra arrepentido y promete que no volverá a maltratar a la mujer. Este ciclo se vuelve a repetir sucesivamente ya que, de nuevo, comienza el aumento de tensión en la pareja hasta sucederse toda la secuencia. Por otro lado, el “ciclo de la violencia” tiene un efecto pernicioso en la víctima ya que el castigo (la agresión) se ve reforzado por una recompensa a corto y largo plazo que sería las manifestaciones de cariño y el propósito de cambio del agresor; pero la realidad es que el “castigo” cada vez se hace más frecuente y severo, y la “recompensa” más corta y menos intensa (Zubizarreta et al., 1994). De este modo, el ciclo de la violencia se repite una y otra vez de forma que estas mujeres llegan a sufrir durante muchos años un clima de violencia generalizado por parte de sus parejas.

Según una encuesta realizada por el Instituto de la Mujer (2000), el 70% de las mujeres maltratadas por sus parejas, son víctimas de violencia desde hace más de cinco años. Ellsberg et al. (2000) encontraron, en su estudio nicaragüense, que las mujeres que tenían edades comprendidas entre los 35 y 49 años habían sufrido el maltrato de la pareja durante una media de 10 años. Matud (2004b), con mujeres españolas, encuentra una media de 11,3 años de convivencia violenta. En el estudio de Fontanil et al. (2002), las víctimas habían convivido con su agresor una media de 14,1 años. También en este estudio se pone de manifiesto que la mayoría de estas mujeres habían pedido ayuda en algún momento de este periodo, siendo la policía y las asociaciones los principales lugares a los que recurrieron, y la familia de origen en tercer lugar. Tanto es así, que de las mujeres asesinadas por sus parejas entre 1998 y 2001 en España, el 80% había denunciado previamente al agresor (Alberdi y Matas, 2002). Sin embargo este reconocimiento del problema y, por tanto, la solicitud de ayuda, suele ocurrir en la mayoría de los casos de forma tardía y después de muchos años de sufrimiento. Esto

ocurre por diversas razones: motivos económicos (dependencia del marido), sociales (la opinión de los demás), familiares (la preocupación por sus hijos), y psicológicos (negación del problema, miedo al agresor, vergüenza, etc.), o por no tener una vivienda y una independencia económica, así como por carecer de fortaleza emocional como para afrontar un futuro distinto (Echeburúa y Corral, 2003).

Acabar con una relación de abuso, por otro lado, suele suponer en la víctima un proceso de negación, culpa y sufrimiento que le dificulta reconocer la realidad del maltrato y, por ende, el abandono de la relación (Fikree y Bhatti, 1999; Heise y García-Moreno, 2003). Sin embargo, en el estudio de Ellsberg et al. (2000) con mujeres maltratadas en Nicaragua, se encontró que son factores determinantes para que la víctima de malos tratos no se decida a poner fin a la convivencia, la falta de apoyo familiar y de amistades respaldados por la creencia de que la obligación de la mujer es obedecer a su esposo, y la esperanza que ella tiene de que el hombre cambie. De hecho, en este mismo estudio, un alto porcentaje de mujeres maltratadas nunca había pedido ayuda por su situación, alegando varios motivos, entre los cuales los más frecuentes fueron el miedo a las represalias y a la venganza o no considerar que fuera necesaria esa ayuda. No obstante cuando, por fin, solicitaron ayuda, los motivos principales que les impulsaban a ello era que la violencia había llegado a un nivel lo bastante grave como para convencerles de que su pareja no iba a cambiar o cuando esta violencia empezaba a afectar notablemente a los hijos (Heise y García-Moreno, 2003). En estos casos el apoyo de familia y amigos suele ser determinante para que la mujer rompa la relación. Pero en muchos casos, la separación o el divorcio no pone fin a la violencia (Amor et al., 2002; Walker, 1999), como se comprueba en un estudio de Fontanil et al. (2005), donde se demostró que en 1 de cada 10 casos la violencia continuó aún después de haber puesto fin a la convivencia. Además, en muchas ocasiones, con la separación se pasa a una nueva fase de maltrato que puede estar caracterizada por el acoso y la indefensión (Sarasua y Zubizarreta, 2000). También el estudio de la OMS (2005) corrobora este hecho ya que encontró, en casi la mitad de los países analizados, que eran las mujeres que ya estaban divorciadas o separadas de sus parejas las que más agresiones habían sufrido en el último año.

La consecuencia más trágica que trae consigo el maltrato a la mujer por parte de su pareja es cuando el agresor termina con su vida. A menudo estos crímenes se

producen cuando la pareja ya ha puesto fin a la convivencia y tras un hostigamiento y persecución extremos en los que la mujer no ha cesado de sufrir la violencia por parte de su maltratador (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998). En la revisión que hacen Heise y García-Moreno (2003), queda patente que en países como Australia, Canadá o EEUU, un número significativo de asesinatos de mujeres había ocurrido cuando la pareja estaba en trámites de separación. En España, de las 278 mujeres asesinadas por su pareja entre 1998 y 2001, 20 habían roto su relación sentimental (Alberdi y Matas, 2002). Por otro lado, en un estudio llevado a cabo en EEUU se determinó que en la intimidad del hogar, el consumo de drogas por parte del agresor, los antecedentes de violencia doméstica en las familias de origen y la posesión de un arma de fuego son tres factores que sitúan a la mujer en una situación de especial riesgo para ser asesinada por su pareja (Bailey et al., 1997). A menudo estos homicidas se entregan a la policía o se suicidan después de haber dado muerte a sus parejas, algo característico de este tipo de maltratadores y no de otro tipo de delincuentes (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998).

### **2.3. Frecuencia del maltrato a la mujer por su pareja**

A pesar de la alta prevalencia del maltrato a la mujer por su pareja, la gravedad de las agresiones y las consecuencias tan negativas que supone para la víctima y su entorno, los datos reales sobre su incidencia y prevalencia es algo casi imposible de demostrar. Walker (1999) parte de la idea de que la habilidad para conseguir estadísticas más precisas sobre el maltrato a la mujer por su pareja está obstaculizado por el problema que supone identificar y definir dicha violencia por parte de los distintos profesionales, lo cual viene agravado por la multitud de términos diferentes que se usan para el mismo fenómeno y los distintos matices que tiene según los países e idiomas. Así, las diferencias encontradas en las estadísticas obtenidas en estudios procedentes de distintos países, o incluso dentro de un mismo país, no parecen ser debidas tanto a grandes diferencias en las tasas de prevalencia como a cuestiones metodológicas. El tipo de muestra, la definición de violencia utilizada, los criterios de selección de los participantes y la disponibilidad y acceso a los mismos son algunos de los factores que determinan la gran variabilidad de los datos encontrados (Labrador et al., 2004).



La dificultad para identificar el maltrato a la mujer por su pareja, pero esta vez por parte de las propias mujeres víctimas, supone otro gran problema que obstaculiza el que ellas mismas informen o denuncien el abuso de sus compañeros y, por ende, la obtención de cifras precisas a partir de las denuncias. Esto ocurre con más frecuencia en los países en vías de desarrollo, donde la sensibilización de la sociedad aún es insuficiente y existe menos información al respecto así como pocos recursos destinados a ello. Y, a su vez, esta escasez de estadísticas reales lleva a una información insuficiente y, por tanto, a una menor concienciación de la sociedad (Ellsberg et al., 1997). Tanto es así que, en el estudio de Ramírez y Patiño (1997) llevado a cabo en México, observaron que había formas del maltrato que las mujeres definían como “formas de ser” de su esposo, y no como abusos contra ellas. De ahí que fuera más probable que identificaran la violencia física como maltrato, pero no la violencia psicológica o las conductas de control de sus parejas.

Lo cierto es que, a pesar de que el maltrato a la mujer por su pareja es un fenómeno que ocurre en países del todo el mundo, ninguno puede ofrecer garantías de precisión en sus datos. En América Latina, por ejemplo, la violencia contra la mujer es algo asumido socialmente y relacionado al hecho de ser mujer. Esta creencia, unida a los sentimientos de culpa y vergüenza que les ocasiona el abuso, obstaculiza e impide que la mujer hable de su experiencia y, más aún, que la denuncie a la policía. Del mismo modo, supone un problema añadido en estos países la pobreza y la dependencia económica de la mujer respecto del hombre, en cuyo caso denunciar el maltrato puede suponer para la víctima un grave problema económico y de subsistencia (Ellsberg et al., 1997). Pero también bloquea la obtención de estadísticas precisas en todos los países en general, la contradicción existente entre la búsqueda de datos procedentes de las denuncias con la fuerte tradición de mantener los asuntos familiares en privado. Esto, añadido a la resistencia al cambio desde la policía y la aplicación de la ley, del sistema judicial, del sistema de salud, desde los servicios sociales y las organizaciones religiosas, hace que se mantenga un clima contrario a reconocer y afrontar el problema que contribuye a que se siga consintiendo y perpetuando el abuso dentro de la familia (Walker, 1999). Sarasua y Zubizarreta (2000) opinan que otros de los motivos por los que no se llevan a cabo estas denuncias por parte de las mujeres que están siendo víctimas de violencia son, habitualmente, los siguientes: el sentirse degradadas y

avergonzarse de hacerlo público, la dependencia económica y emocional que tienen de su pareja, el miedo a las represalias por parte del maltratador y el estado psicológico de indefensión e inseguridad en el que se encuentran, lo que les dificulta buscar soluciones a su problema. Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998), consideran que la alternancia que hace el agresor respecto a los episodios de violencia y arrepentimiento, es un importante factor en contra de que la mujer denuncie y propicia que, si finalmente lo hace, en muchos casos lo perdone con la consecuente retirada de la denuncia antes de que el sistema penal actúe.

Los mitos existentes en torno a los malos tratos a las mujeres, aún bien enraizados en la sociedad, son otros de los obstáculos con los que una mujer se encuentra cuando pretende denunciar la violencia, y este hecho dificulta incluso el que sea bien atendida por los profesionales o que llegue a ser castigado el agresor. De hecho, las mujeres maltratadas son las únicas víctimas a las que se le pone en duda su inocencia, se les culpa por mantener la relación, se las acusa de ser masoquistas o, incluso, de provocar el maltrato. En muchas ocasiones se cuestiona que haya existido este maltrato, se minimizan sus consecuencias o se justifica al agresor (Matud et al., 2004). Todo ello propicia que la mujer, aunque se haya decidido a demandar al agresor, termine retirando dicha denuncia.

Por todo lo expuesto anteriormente, no existen cifras precisas acerca de la incidencia y prevalencia real del maltrato a la mujer por su pareja en los diferentes países. Como ya se advirtió en la Plataforma de Acción de Beijing (Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de las Naciones Unidas, 1995): “La falta de suficientes estadísticas y datos desglosados por sexo sobre el alcance de la violencia, dificulta la elaboración de programas y la vigilancia de los cambios” (apartado 120). Tal es la necesidad de obtener esta información que en 1997 la Unión Europea instó a todos los países miembros a elaborar y publicar anualmente estadísticas en relación a la violencia en contra de las mujeres (Alberdi y Matas, 2002). Por tanto, una aproximación al conocimiento de este problema hace necesaria la revisión de los dichos datos aunque carezcan de la rigurosidad o la consistencia que requieren. Con este fin, se repasan a continuación algunos de las estadísticas más significativas obtenidas en los últimos años ya que nos van a proporcionar algunos indicios sobre la magnitud del problema mundial del maltrato a la mujer por su pareja.

En relación a la comparación de estadísticas entre países, Bosch y Ferrer (2002) recogen algunos porcentajes de mujeres que han sufrido violencia en manos de sus parejas o ex parejas de diferentes nacionalidades. En su trabajo se muestra una gran variabilidad en los datos que va desde el 75% de mujeres víctimas de violencia frecuente en la India en el año 1990, hasta el bajo porcentaje del 5% de mujeres filipinas que antes de 1993 se sabía que hubieran sufrido al menos un episodio de violencia en su vida. Destacables son los datos que citan de algunos países latinoamericanos que evidencian el grave problema que supone en este continente la violencia contra las mujeres. En Costa Rica se registró que, en el año 1990, en torno a la mitad de las mujeres sufrió violencia a manos de sus parejas, y en el mismo año, en Guatemala fue el 74% de las mujeres, la mayoría indígenas, las que fueron víctimas de maltrato inflingido por su pareja. Dos años después se encontró una proporción del 60% de mujeres ecuatorianas que fueron víctimas de violencia física, un 32% de ellas habitualmente. En 1993, el 57% de las mujeres mexicanas de la zona urbana y el 44% de la zona rural, padecieron el maltrato físico por parte de sus parejas. Y en 1996, en Nicaragua, el 52% de las mujeres informó haber sufrido en su vida al menos un episodio de violencia física, la mitad de este porcentaje en el último año, y un 39% lo definía como violencia grave. Finalmente, destacan los datos recogidos por un estudio publicado recientemente con mujeres salvadoreñas, población objeto del presente trabajo de investigación, en el cual se evaluó la presencia de maltrato en una muestra de 650 mujeres con edades comprendidas entre los 16 y los 50 años. En este estudio se encontró que una de cada tres participantes sufría maltrato psicológico por parte de la pareja, y una de cada cinco, era agredida físicamente (Sierra, Ortega, Gutiérrez-Quintanilla, Bermúdez y Buela-Casal, 2009).

En Estados Unidos, en 1983, se encontró que el 40% de las mujeres había sufrido violencia por parte de sus parejas; tres años después se detectó un importante declive siendo solo el 28% de las mujeres las que informaron haber sufrido violencia física alguna vez en su vida; en 1991 el 31% de la población femenina sufrió maltrato físico y el 39% violencia en general, acercándose a las cifras que habían sido registradas ocho años atrás (Bosch y Ferrer, 2002). En otro estudio realizado con una muestra de 743 mujeres atendidas en diferentes hospitales públicos de atención primaria estadounidenses, se detectó que el 15% había sufrido violencia reciente por

parte de sus parejas y el 51% había sido víctima de maltrato alguna vez en su vida (Bauer, Rodríguez y Pérez-Stable, 2000).

Del meta-análisis de Römken (1997), en el que compara los resultados de estudios realizados en diversos países, se desprenden estimaciones significativas como la de que al menos el 10% de las mujeres habría sufrido, en algún momento de sus vidas, agresiones físicas graves y repetidas por parte de su pareja. Según el Informe sobre Población Mundial de 2000 de Naciones Unidas, se estima que una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido malos tratos u otros abusos (Varela, 2002). En un estudio realizado por todo el mundo con muestras de la población general, se encontró que entre el 10 y el 50% de las mujeres había sufrido maltrato físico alguna vez en su vida por parte de su pareja (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999).

En el estudio multipaís publicado por la OMS (2005), se confirma la variabilidad de cifras entre países antes descrita. A través de una revisión en base a 48 encuestas realizadas en gran diversidad de países y culturas (Heise y García-Moreno 2003), se encontró que entre el 15% y el 71% de las mujeres había sido maltratada física y/o sexualmente por su pareja en algún momento de sus vidas. Entre el 13% y el 61% habían sido maltratadas físicamente y entre el 6% y el 59% sexualmente. Cabe destacar que fue Japón el país que menos violencia de ambos tipos registró, y el entorno rural de Perú en el que se informó de más maltrato físico y sexual a la mujer por parte de su pareja. En el estudio multipaís de la OMS, cuya muestra fue de 19568 mujeres que habían tenido pareja alguna vez en su vida, entre el 15 y el 71% reconocieron haber sido víctimas de maltrato físico, sexual o ambos en alguna ocasión por su pareja actual o un anterior compañero (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts y García-Moreno, 2008).

El Informe Internacional publicado por el Centro Reina Sofía (Sanmartín, Molina y García, 2003), hace un esfuerzo por recopilar estadísticas fiables sobre violencia contra las mujeres contando con la colaboración de las ONGs más representativas de cada país pero teniendo en cuenta, a su vez, las dificultades de tipo metodológico que puedan presentar. Pese a ello, finalmente hace un recuento de las cifras obtenidas en el año 2000 o inmediatamente anterior que considera suficientemente contrastadas, de las que se exponen a continuación algunas de las más destacadas. A través de los países que dan a conocer estadísticas sobre maltrato, se

desprende el hecho de que más del 70% de las mujeres que son maltratadas en el ámbito familiar, lo son por parte de sus parejas. En países como Australia, Chile, Costa Rica y EEUU, destaca el dato de que, en torno al 50% de las mujeres embarazadas y maltratadas por sus parejas, comenzaron a sufrir estas agresiones durante el embarazo (Sanmartín et al., 2003).

Un dato que muestra con bastante elocuencia la gravedad de este fenómeno es el índice de asesinatos de mujeres a manos de sus parejas. En este sentido, entre los ocho primeros países con mayor índice de asesinatos de mujeres, se encuentran seis países latinoamericanos: Colombia en primer lugar con una prevalencia del 83,99% por millón de mujeres y, sucesivamente, Brasil, Guatemala, Paraguay, México y República Dominicana. Sin embargo, en relación a los mayores índices de feminicidio en el ámbito familiar y especificando que han sido cometidos por la pareja o ex pareja, son otros los países destacados, siendo Rumania el país que informa de un porcentaje del 12,62% por millón de mujeres, y EEUU, Finlandia, Australia, Noruega, Luxemburgo, Dinamarca y Canadá a continuación. No obstante, el dato más significativo descrito en este Informe, es el relativo a que el 70% de los asesinatos de mujeres que ocurren en los hogares de todos los países evaluados son cometidos por sus parejas o ex parejas.

En cuanto a los datos en España, el recuento de estadísticas sobre muertes de mujeres a manos de sus parejas, así como de denuncias interpuestas y los datos sobre los índices de maltrato es muy reciente (Alberdi y Matas, 2002). Apenas unos años han pasado desde que se elaboran estos informes desde las distintas instancias y podemos disponer de esta información. A este respecto destacan los resultados obtenidos por el Instituto de la Mujer (2002) a través de una macroencuesta realizada por todo el país, donde se desprende que el 9,2% de las mujeres mayores de 18 años sufre violencia en sus hogares. Un porcentaje del 11,1% de las mujeres españolas son consideradas técnicamente como maltratadas, aunque solo el 4% se clasifica a sí misma de este modo. Por grupos de edad, el porcentaje fue del 10,3% en las que tenían entre 18 y 29 años; de 10,4% entre las de 30 y 44; de 15,1% de entre 45 y 64 y del 8,2% en las que tenían más de 64 años. Resultados similares informan Bosch y Ferrer (2002), cuando en 1999 citan que un 12% de mujeres ha sufrido violencia en su pareja en el último año.

Según las estadísticas elaboradas cinco años después por el Instituto de la Mujer (2007), a través de los datos que proporciona el Ministerio de Interior, resulta

interesante destacar cómo el número de denuncias de mujeres por malos tratos inflingidos por la pareja o ex pareja, ya sea en relación de casados, parejas sentimentales o novios, ha ido aumentando progresivamente en los últimos años, de forma que en 2002 se registraron 43.313 denuncias, 50.090, 57.527 y 59.758 en 2003, 2004 y 2005 respectivamente, hasta las 62.170 de 2006.

Algunas de estas mujeres han muerto en mano de sus parejas o ex parejas. Asociaciones de mujeres en España cuantificaron 278 asesinatos como consecuencia de la violencia de pareja entre 1998 y 2001 (Alberdi y Matas, 2002), de los cuales un 60% de las mujeres fueron asesinadas por su marido o ex marido, un 28% por su compañero o ex compañero, y un 12% por su novio o ex novio. Las cifras al respecto en los últimos ocho años varían poco, yendo de la más baja en 2001, con 54, a la más alta en 2004 con 72 mujeres asesinadas por su pareja (Instituto de la mujer, 2007). Respecto a los datos de prevalencia, en el informe publicado por el Centro Reina Sofía (2008a) se informa de que casi cuatro mujeres por millón son asesinadas cada año. En total, 342 mujeres han sido asesinadas en España en manos de sus parejas entre 2003 y 2007, con una media de 68 mujeres muertas cada año. De ellas, el 72,73% de ellas eran españolas, y el resto procedían de diversos países. En nuestro país, cada cinco días muere una mujer víctima del maltrato por parte de su pareja (Varela, 2002).

#### **2.4. Teorías explicativas del maltrato a la mujer por su pareja**

En el estudio científico del maltrato a la mujer por parte de su pareja se ha producido una importante evolución temporal, tanto es así que mientras hasta los años setenta se intentaba buscar características comunes entre las mujeres maltratadas como causa del maltrato, a partir de ese momento empezó a reflejarse en la bibliografía que el resultado del maltrato es lo realmente común en todas las víctimas (Walker, 1979). De esta forma, las primeras teorías que aparecieron al respecto eran de tipo unicasal, señalando como principio común a todas las mujeres maltratadas: su propio masoquismo en algunos casos, sus características personales tales como su dependencia emocional o su baja autoestima, en otros, o incluso sus trastornos psicopatológicos que explicarían la permanencia de la mujer junto al agresor (Villavicencio y Sebastián, 1999). Estas teorías llevaban a culpar a la víctima del maltrato y justificar al agresor. De ahí se pasó a explicar el maltrato a la mujer por su pareja a través de otras teorías también de tipo

unicausal, pero en este caso referidas al hombre maltratador. Éstas seguían justificando al agresor en el sentido en el que lo consideraban como un hombre con problemas que no es responsable de su conducta. Entre los factores explicativos que se señalan en dicha bibliografía se encuentran: la psicopatología del maltratador, su posible adicción al alcohol y/o las drogas, o su estrés y sentimientos de frustración. Sin embargo, ninguno de estos factores explicativos ha conseguido ser demostrado por si solo como causa del maltrato a la mujer por su pareja. Al mismo tiempo, uno y otro grupo de teorías (las que buscan la causa del maltrato en la víctima y las que la sitúan en el agresor), contribuyeron a la creencia generalizada de que el maltrato es un problema con muy baja incidencia que se da de forma aislada (Villavicencio y Sebastián).

En los años setenta, las investigaciones sociológicas fueron las que iniciaron un análisis más complejo de las causas del fenómeno como respuesta al debate propiciado por el movimiento feminista que daba la voz de alarma sobre la alta prevalencia del maltrato a la mujer por su pareja. Han sido muchos los enfoques que, desde entonces, han intentado encontrar una explicación del fenómeno con el fin de determinar los factores de riesgo y así poder diseñar estrategias de prevención e intervención. En esta línea, muchos autores plantean que el origen se sitúa en la necesidad de los hombres de controlar a la mujer, teniendo como base una ideología social y valores culturales patriarcales, y constituyendo a su vez una forma más de desigualdad social (Pérez del Campo, 1995). Según este enfoque, el maltrato es un sistema de control que establece el hombre para mantener su superioridad y dominación sobre la mujer. También Dutton (1992), señala el control de la víctima como el principal motivo para llegar a la conducta del maltrato; y Walker (1994), por su parte, afirma que el maltrato hacia la mujer ocurre como consecuencia de un patrón de conducta obsesiva y no una pérdida repentina de control. No obstante, Heise (1998) reconoce que en la actualidad no existe un consenso entre académicos y activistas en torno a un mismo modelo explicativo, estando además cada una de las teorías fuertemente influenciada por las diferentes disciplinas de la que procede: psicología, sociología, criminología e incluso política. De esta forma, mientras algunas de ellas ponen énfasis en explicaciones de carácter individual tales como, por ejemplo, los problemas psicológicos del maltratador o el consumo de alcohol y drogas, otras, como la mantenida por muchos sectores del feminismo, no aceptan otra explicación causal

que no sea la construcción social de la familia bajo un modelo patriarcal. Las primeras, por tanto, explicarían por qué un hombre puede llegar a ser violento, pero no por qué las mujeres suelen ser las víctimas de esta violencia. Las segundas no explicarían, según la autora, por qué entonces bajo un mismo mensaje de supremacía del hombre sobre la mujer, unos hombres llegan a ser maltratadores y otros no. Es por ello que Heise incide en la importancia que tiene el hecho de que los investigadores tengan en cuenta ambos aspectos. Por todo ello, en la actualidad, el maltrato a la mujer por su pareja en la investigación psicológica se explica más a menudo por la convergencia de causas diversas y complementarias entre sí, siendo ampliamente aceptados los distintos modelos multicausales propuestos (Ferrer y Bosch, 2004).

A continuación, siguiendo el trabajo de Brewster (2002), se va a hacer un breve recorrido por distintas teorías que se han formulado con el fin de explicar el fenómeno del maltrato a la mujer por su pareja, yendo desde las de tipo unicausal, a las que atribuyen el origen del maltrato a una confluencia de distintos factores. La autora hace una distinción entre aquellas que explican el maltrato del hombre, las cuáles clasifica en tres categorías principales: las de tipo psicológico, las teorías sociológicas y las que se incluyen en la perspectiva feminista; por otro lado están aquellas que abordan el hecho de que las mujeres se mantengan en la relación violenta, entre las que se incluyen la teoría del ciclo de la violencia, la teoría de la indefensión aprendida, el síndrome de la mujer maltratada, el síndrome de Estocolmo, la teoría de la unión traumática y la teoría de la trampa psicológica; y por último se expondrán las teorías de tipo multicausal, a las que también se denomina perspectiva ecológica, que son desarrolladas por distintos autores y que intentan explicar ambos fenómenos, el maltrato por parte del agresor y la respuesta de la víctima a ese maltrato:

#### 2.4.1. Teorías del maltrato

Las *teorías psicológicas* atribuyen la causa del maltrato del hombre hacia su pareja a variables de tipo psicológico como pueden ser los desórdenes de personalidad, psicopatologías, experiencias de abuso en la infancia, daño cerebral, consumo de sustancias, trastorno de estrés postraumático, etc. (Brewster, 2002). Ciertas características de personalidad como la necesidad de control, la ira o el comportamiento obsesivo han sido señaladas, del mismo modo, como favorecedoras de la conducta



violenta del hombre (Dutton, 1992; Dutton y Starzomski, 1993; Walker, 1994). De hecho existen investigaciones que indican una correlación entre cierta psicopatología del hombre y las conductas de maltrato hacia su pareja pero, como señala Brewster, dicha relación se da con mucha menos frecuencia que lo que tradicionalmente se ha sugerido, y por otro lado, incita a pensar que el maltrato a la mujer por su pareja es un hecho que ocurre con poca frecuencia. Por ello, se hace necesario recurrir a otras perspectivas teóricas más globales que ayuden a explicar el fenómeno en toda su dimensión.

Las *teorías sociológicas* nacieron como respuesta al debate público que propició el movimiento feminista en relación al maltrato a la mujer por su pareja como fenómeno social con una alta prevalencia (Villavicencio y Sebastián, 2001).

Dentro de este grupo de teorías, Brewster (2002) cita la “teoría familiar sistémica” que se fundamenta en la responsabilidad que todos los miembros de la familia tienen en la construcción y mantenimiento de dinámicas violentas, así como también resalta el valor de la trasmisión intergeneracional de estos patrones aprendidos. La idea fundamental de esta teoría es que tanto el hombre como la mujer son víctimas y culpables de la violencia marital establecida entre ellos (Villavicencio y Sebastián, 2001). Idea que ha sido ampliamente apoyada por los datos recogidos en gran cantidad de estudios que utilizaron como instrumento de medición el *Conflict Tactics Scales (CTS)*, de Strauss (1979), y que ofrecían índices de prevalencia muy similares entre las conductas violentas por parte de las mujeres y de los hombres. No obstante, este instrumento fue muy cuestionado ya que como señalen Dobash, Dobash, Wilson y Daly (1992), dicha herramienta no alcanza a medir las conductas de dominación y control por parte del hombre, ni las consecuencias del maltrato.

Otro de los enfoques que Brewster (2002) incluye en este grupo de teorías sociológicas es el que se basa en la Teoría del Aprendizaje Social de Bandura, Ross y Ross (1961). Dicha teoría, aplicada al maltrato, considera que la trasmisión intergeneracional de la violencia tiene un papel fundamental en el establecimiento de dinámicas violentas en la pareja. El maltrato, por tanto, sería una conducta que se aprende por observación y que se mantiene si es reforzada en términos de beneficios a corto plazo tales como, por ejemplo, la sumisión de la pareja, y bajo coste de consecuencias, como puede ser la impunidad legal. La normalización de la violencia

como forma de resolver conflictos en familias de pocos recursos llevaría a que los patrones de conducta violentos y la transferencia de los mismos fuera más frecuentes en unas “subculturas” que en otras (Brewster).

La “teoría de los recursos” (Goode, 1971) se fundamenta en la premisa de que la fuerza o la amenaza de ésta es la que modula todos los sistemas sociales, y un reflejo de dicho patrón se daría en la pareja y, por tanto, en el uso de la fuerza entre sus miembros. Como tradicionalmente han sido los hombres los que han podido disponer de más recursos económicos que las mujeres, han sido los beneficiarios del poder y la toma de decisiones en el sistema familiar. No obstante, Goode afirma que los que disponen de más recursos no tienen necesidad de usar la fuerza de forma tan explícita, mientras que los que disponen de menos recursos económicos sociales y personales, hacen uso de la fuerza como forma de control y dominancia de los otros, lo que apoyaría los datos existentes que apuntan a una mayor incidencia en las familias de clase socioeconómica más baja.

Por último, Brewster (2002) incluye la “teoría del intercambio” en el grupo de teorías sociológicas del maltrato, la cual se basa en un sistema de costes y beneficios. Se trata de la aplicación al maltrato doméstico de la teoría social de Homans (1961), en la que se propone que todo sistema social estaría mediado por el intercambio de servicios y beneficios. Se plantea que una relación íntima estaría fundamentada en una serie de beneficios, como pueden ser el amor, el afecto, el sexo, el dinero, etc., que se obtienen a cambio de unos servicios o costes entre los miembros de la pareja que se establecería de forma recíproca. El maltrato, por tanto, surgiría cuando uno de los miembros de la pareja intenta conseguir a la fuerza los beneficios que espera del otro, en tanto en cuanto percibe que esta es una estrategia eficaz para obtenerlo con un bajo coste. Y la mujer maltratada, accedería a satisfacer los deseos del otro con el fin evitar el castigo, facilitando el establecimiento de un patrón de refuerzo y castigo en la pareja basado en la violencia.

Las *teorías feministas* constituye el último grupo de teorías que Brewster (2002) señala como modelo explicativo del maltrato a la mujer por su pareja. La idea principal de este enfoque es que la causa del maltrato radica en la estructura social patriarcal que propicia la desigualdad entre hombres y mujeres dando lugar a la perpetuación de la dominación masculina y la supeditación y vulnerabilidad de la

mujer. De esta forma, el hombre utilizaría el control para mantener esta superioridad sobre la mujer (Dutton, 1992). La crítica que hace la perspectiva feminista a las teorías sociológicas es que tratan el fenómeno como un problema individual, tanto de las víctimas como de los agresores, y consideran la transmisión intergeneracional de la violencia como un proceso patológico, obviando la estructura social que los sustenta (Villavicencio y Sebastián, 2001).

Se plantea que los roles de género tradicionales juegan un papel esencial en el mantenimiento de la desigualdad de poder entre hombres y mujeres (Chornesky, 2000) constituyendo la familia el entorno idóneo para reproducir estos estereotipos de género sexistas (Yllö y Bograd, 1988). Y el maltrato físico y psicológico sería la estrategia de control para mantener el *status quo* (Dobash y Dobash, 1979).

Villavicencio y Sebastián (2001) encuentran cuatro puntos claves en los que coinciden todas las teorías feministas a la hora de analizar el maltrato a la mujer por su pareja:

- a) la importancia de los constructos de género y poder,
- b) la institución de la familia que se organiza en función de estos constructos
- c) la comprensión y la validación de las experiencias de las mujeres,
- d) y el reflejo de estas experiencias en el desarrollo de modelos y teorías que las apoyen.

En definitiva, la perspectiva feminista atiende a la necesidad de abordar el problema de la violencia contra las mujeres desde un punto de vista más global que tiene sus raíces en unos valores sociales patriarcales y no en la confluencia de una serie de factores circunstanciales incluyendo, además, la óptica de las propias mujeres víctimas.

#### 2.4.2. Teorías causales de la permanencia de la mujer en una relación violenta

Brewster (2002) cita aquí varias de las teorías psicológicas más usadas para intentar explicar los mecanismos por los cuales las mujeres que están siendo maltratadas por su pareja permanecen soportando la relación violenta.

La primera de ellas procede del modelo del “ciclo de la violencia” de Walker (1979), descrito anteriormente. Según esta teoría, las mujeres permanecerían en la relación por el efecto de “enganche” que el propio ciclo produce en ellas, ya que después de la fase en que la violencia llega a su punto más álgido, viene la fase de “luna de miel” donde la víctima es recompensada con las atenciones, muestras de amor y sentimientos de arrepentimiento del agresor. Por tanto, esta fase tendría el efecto en las mujeres de un reforzador positivo intermitente después del castigo, que es la reconciliación con su pareja que suele ser muy importante para ella. O incluso un reforzador negativo que sería la fase de no violencia. Las mujeres maltratadas llegan a pensar que realmente el hombre va a cambiar y que es éste el estado en el que la relación se va a mantener.

La teoría de la “indefensión aprendida” se basa en los estudios que hizo Seligman (1975) con perros en los que los animales aprendían que no podían escapar de las descargas eléctricas a las que eran sometidos y al final dejaban de intentarlo. El aspecto importante de esta teoría es, que cuando realmente los perros podían escapar, no lo hacían ya que habían perdido la confianza de conseguirlo (Brewster, 2002). Partiendo de esta teoría se plantea que las mujeres maltratadas, después de haber sido sometidas a la violencia continua por parte de sus parejas, aprenden que nada de lo que hagan les va a servir para evitar la agresión. Esa percepción de pérdida de control les lleva a pensar que serán incapaces de abandonar la relación, o incluso si lo hicieran, que no podrían sobrevivir por ellas mismas (Walker, 1979).

El “síndrome de la mujer maltratada” (Walker, 1979), se relaciona con las dos tesis anteriores y señala una serie de características psicológicas y sociológicas que se identificarían con las mujeres que sufren maltrato por parte de su pareja. Estas estarían relacionadas con una serie de variables de vulnerabilidad tales como la percepción de falta de control, depresión, ansiedad y baja autoestima, que mermarían en las mujeres sus habilidades de resolución de problemas, sintiéndose incapaces, por tanto, de abandonar la relación. Las víctimas de maltrato se caracterizarían así por sentir un miedo extremo y la creencia de que su situación no tiene escapatoria. No obstante, como señalan Villavicencio y Sebastián (2001), esta teoría ha sido muy criticada ya que las distintas investigaciones que se han estado llevando a cabo no han conseguido demostrar que este síndrome se dé en todas las mujeres y que el efecto del maltrato sea

similar para todas, siendo otros muchos factores los que pueden influir en que una mujer se mantenga en una relación violenta.

El “síndrome de Estocolmo” ha sido utilizado por algunos investigadores para explicar como las mujeres maltratadas pueden adoptar el rol de una persona que ha sido secuestrada al ser víctima del maltrato físico y psicológico por parte de sus parejas, o por la amenaza de ello, y la percepción de que es el maltratador el que tiene todo el control de la situación. Al igual que un rehén, las mujeres maltratadas son sometidas a un aislamiento social que provoca que sea su pareja maltratadora su único referente y la única persona de la que recibe apoyo, por lo que la víctima termina generando sentimientos de bondad hacia el agresor que le fuerzan a permanecer junto a él (Brewster, 2002).

Otra de las teorías que intenta explicar las dificultades con las que se encuentran las mujeres que están siendo maltratadas por su pareja para abandonar su relación es “la teoría de la unión traumática”. Se fundamenta en una perspectiva socio-psicológica que aborda la formación de lazos emocionales entre individuos, que en ocasiones pueden llevar a relaciones sentimentales insanas basadas en la dependencia enfermiza entre sus miembros y conductas de control sobre el otro para evitar ser abandonado. Dutton y Painter (1981) desarrollan esta teoría que podría ayudar a esclarecer algunos de los aspectos que se dan en estas relaciones violentas en la que suele coincidir dos características fundamentales: 1) el desequilibrio de poder entre los miembros de la pareja, que llevará a que el agresor ejerza su control sobre la víctima a través del maltrato físico y emocional, y que las mujeres maltratadas se vean a sí mismas vulnerables y refuerce por tanto su dependencia del agresor; 2) el maltrato intermitente que se intercala con periodos de normalidad y que provoca en las mujeres maltratadas un patrón de refuerzo que hace más improbable su separación. Si, a pesar de la dificultad para romper esta dinámica, las mujeres deciden acabar con la relación, se produce un desequilibrio de los roles establecidos que permitiría entender los intentos desesperados de los hombres que han sido abandonados por volver con su pareja y recuperar el control, así como evidenciaría su dependencia hacia ellas. Las mujeres, según estos autores, suelen volver con los maltratadores porque, tras la separación, el sentimiento de miedo disminuye pero su dependencia emocional se hace más patente.

Por último, la “teoría de la trampa psicológica” que describe como las mujeres sienten que deben permanecer con su pareja por justificarse a sí mismas el tiempo, emoción y esfuerzo depositado en el pasado para que la relación funcione. De esta forma, la trampa es cada vez mayor ya que a medida que van apareciendo los episodios de maltrato, las mujeres intentan ignorarlos y siguen haciendo esfuerzos por conseguir la armonía en la pareja. Aunque estas agresiones suponen conflictos para las mujeres de cara a tomar la decisión de abandonar, las mujeres maltratadas llegan a pensar que aún existe posibilidad de que la relación funcione, y el compromiso es cada vez mayor.

#### 2.4.3. Teorías multi-factor del maltrato a la mujer por su pareja

Finalmente Brewster (2002) hace mención a las teorías que explican el fenómeno del maltrato a la mujer por su pareja, no por la existencia de un único factor sino, de una forma más compleja, por la confluencia de una serie de variables relativas tanto al maltratador como a las víctimas, así como a la misma situación de maltrato. Son las teorías que se conocen también como “perspectiva ecológica”, y postulan que el maltrato a las mujeres puede estar determinado por circunstancias propias del maltratador, de la víctima, de sus familias de origen, el entorno social que los rodea y las variables socioculturales a nivel global de la sociedad. La perspectiva ecológica ha sido abordada por numerosos autores que han desarrollado sus propios modelos, algunos de los cuales se describen a continuación:

En primer lugar, el modelo ecológico que Heise (1998) desarrolla nace de una revisión bibliográfica de las investigaciones realizadas en el ámbito académico en Norteamérica desde las distintas disciplinas: psicología, antropología, sociología y estudios comparativos transculturales. Revisión a través de la cual la autora intenta integrar los avances conseguidos en las distintas áreas en pro de un mejor entendimiento de la causa que produce la violencia en contra de las mujeres. Tomando como referencia el modelo que Belsky (1980) aplicó al estudio del abuso y abandono de menores, Heise dibuja una matriz de círculos concéntricos a través de los cuales propone explicar la etiología de la violencia contra las mujeres como una combinación dinámica de factores individuales y contextuales que confluyen en la génesis del maltrato. Así, cada uno de estos círculos representa un nivel de influencia diferente, como vemos a continuación:

1.- Historia Personal: Este nivel corresponde al círculo más pequeño de los cuatro en el que confluyen los tres restantes. La autora engloba en él los factores relacionados con el desarrollo individual que condicionan la respuesta del sujeto hacia los estímulos que proceden tanto del microsistema como del exosistema. Se estaría hablando, pues, de los factores del riesgo que convierten al individuo en víctima o perpetrador. Haciendo un recorrido por las publicaciones norteamericanas en busca de estos indicadores, Heise (1998) encuentra un dato significativo: son muy pocos los factores que ayudan a predecir que una mujer pueda ser víctima de maltrato. Así, características sociodemográficas de las mujeres tales como el nivel educativo y social, el abuso de alcohol, la ocupación laboral, etc., no parecen ser consistentes a la hora de situar a las mujeres en una posición de mayor riesgo de ser maltratadas. En cambio, en el caso de los hombres agresores sí encontró dos indicadores que parecen ser predictores del maltrato futuro a sus parejas: haber sido testigo de violencia doméstica durante la infancia y haber sufrido directamente maltrato físico o sexual en la niñez. También hay un tercer factor de riesgo referido a la ausencia o rechazo del padre hacia el futuro maltratador que actúa como posible precedente, aunque no parece ser tan consistente como los dos anteriores.

2.- Microsistema: Se define como los factores de riesgo situacionales que emanan de las relaciones entre los individuos y el significado atribuido a tales relaciones. En el caso del maltrato a la mujer por su pareja, el microsistema que adquiere una mayor relevancia es la familia, ya que es la privacidad del hogar el contexto inmediato donde tienen lugar más episodios violentos. Aunque en este nivel han identificados diversos factores en la bibliografía especializada como desencadenantes del maltrato a la mujer por su pareja, quizás sea el modelo tradicional de familia basado en valores patriarcales el que adquiere mayor fuerza a la hora de predecir una relación de maltrato. No obstante, también son relevantes la dominación masculina, el control económico del hombre y su supremacía en la toma de decisiones. El conflicto marital se relaciona con una mayor probabilidad de agresión física, y el abuso de alcohol por parte del hombre con el maltrato físico y sexual hacia la mujer.

3.-Exosistema: Lo conforman los factores que actúan en el marco comunitario; las estructuras sociales formales e informales que inciden directamente en el individuo y su comportamiento. También la condición cambiante de algunos de esos exosistemas

es destacada por la autora como factor influyente. La literatura revisada por Heise (1998) señala como posibles desencadenantes del maltrato a la mujer por su pareja el bajo nivel socioeconómico y el desempleo. Aunque lejos de constituirse como determinantes, sí existen evidencias de una mayor probabilidad de ocurrencia en familias con bajos recursos. El aislamiento social de la mujer y su familia actúa a la vez como causa y consecuencia del maltrato. Y por último, la integración en un entorno de delincuencia es señalado igualmente como un factor de riesgo que aporta el exosistema.

4.- Macrosistema: Es el nivel más general que engloba a los anteriores y que influye sobre todos ellos, el referido a los valores culturales y las creencias más o menos permanentes del sistema social. Se representa con el mayor de los círculos concéntricos y toman relevancia a la hora de explicar el maltrato a la mujer por su pareja como un problema eminentemente social los siguientes factores: la organización social basada en el patriarcado, los valores masculinos asociados a la dominancia, fortaleza y honor, la rigidez de los roles de género, el sentido de derecho de propiedad sobre la mujer y consecuentemente, la aprobación a ser castigada por el hombre y, por último, la justificación de la violencia como forma de resolución de conflictos.

El *modelo interactivo* propuesto por Stith, Williams y Rosen (1992), constituye una herramienta útil para llegar al origen del maltrato a la mujer por su pareja desde un enfoque teórico más amplio que explica por qué unas familias son más vulnerables que otras a sufrir violencia doméstica. Según estos autores, existen una serie de factores multicausales implicados en la aparición de la violencia intrafamiliar que, además, interactúan entre sí. El contexto socio-cultural dónde se ubica la familia, el grado de vulnerabilidad tanto de la familia como del individuo, los estresores situacionales a los que se tienen que enfrentar y los recursos individuales y grupales de los que disponen para afrontarlos conforman los cuatro grandes grupos causales que confluyen en el establecimiento de una dinámica de violencia en el hogar. Estos autores señalan, además, que una vez que se usa la violencia como forma de resolver conflictos, es más probable que su uso se mantenga en la interacción familiar. Dentro de cada uno de estos grupos se destacan los factores concretos que influirían en uno de los tipos de violencia intrafamiliar, la referida al maltrato a la mujer por su pareja. Pasan a describirse cada grupo de factores a continuación:



1.- Contexto socio-cultural: En este nivel adquieren especial relevancia valores como la aceptación de la violencia como forma de resolución de conflictos, los roles sociales de género y el estatus de subordinación de la mujer.

2.- Vulnerabilidades: Las experiencias de socialización del individuo y la familia son cruciales para que se establezca una relación de violencia de género en la pareja. Así, la experiencia y la exposición a la violencia en una generación incrementan la probabilidad de su aparición en la segunda generación. Ciertas características individuales de personalidad del ejecutor, y características familiares como el estrés y conflicto marital, son igualmente relacionadas por los autores con el maltrato a la mujer por su pareja.

3.- Estresores: Los de tipo madurativo, identificados con los cambios en el ciclo vital, pueden contribuir a una mayor probabilidad de aparición de la violencia en la pareja; por ejemplo, el embarazo de la mujer o el nacimiento de un hijo. Otros estresores de tipo inesperado facilitan la explosión de la violencia marital como son el desempleo, los problemas económicos o un proceso de divorcio. Y los estresores precipitantes son los que el agresor utilizaría como justificación de la violencia, como por ejemplo un insulto de la mujer; factores que, sin embargo, no constituyen la causa del maltrato.

4.-Recursos: Engloba los recursos personales de los que dispone tanto el agresor para adoptar alternativas diferentes a la violencia a la hora de resolver conflictos, o para hacer frente a los estresores situacionales que puedan surgir, como los que dispone la mujer para abandonar una situación de maltrato. Se distinguen cuatro tipos: económicos, educativos, de salud y bienestar, y psicológicos. La cohesión familiar y su capacidad de adaptación así como el apoyo social son los recursos familiares que protegerían a la familia de una dinámica violenta.

Stith et al. (1992) inciden en el hecho de que cada uno de estos factores no constituye en sí mismo la causa de la violencia intrafamiliar y/o marital, sino que es necesaria la interacción entre varios de ellos.

Corsi (1995), por su parte, también adopta un modelo ecológico dónde plantea que el maltratador “se hace” a través de la influencia de diversos factores que provienen de los distintos contextos en los que se desarrolla la persona. El contexto más amplio es el que llama macrosistema, y se refiere a la sociedad patriarcal donde las

creencias y valores culturales sobre la familia y su organización jerárquica influyen en las funciones y los roles atribuidos a cada uno de sus miembros; esta organización familiar se establece a través de relaciones de poder y la violencia es aceptada como forma de resolver conflictos. La influencia del exosistema es debida al papel que ejercen las instituciones más próximas como son la familia, la escuela, el barrio, etc. Pero también los medios de comunicación con la divulgación de modelos violentos, la influencia del estatus económico y laboral de la familia y la legislación existente en torno al uso de la violencia. Un contexto más próximo es el llamado microsistema, que se identifica con el núcleo familiar al que pertenece el individuo. Los factores que influirían en este nivel son: la misma estructura familiar, los patrones de interacción entre sus miembros, así como las historias personales de cada uno de ellos. Por último, a nivel individual, adquirirían relevancia las dimensiones conductuales, cognitivas e interaccionales tanto de la víctima como del perpetrador del maltrato.

Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998) también apuestan por una explicación multicausal de la violencia intrafamiliar, y lo hacen a través de su *modelo de los mecanismos psicológicos de la violencia en el hogar*. En este caso, los autores consideran que la conducta violenta nace de la interacción de un estado emocional intenso, actitudes de hostilidad, repertorio pobre de conductas, determinados factores precipitantes y percepción de vulnerabilidad de la víctima. Cada uno de ellos pasan a describirse a continuación:

1.- Hostilidad. Se relaciona con una ideología machista que desarrolla una evaluación general negativa de la conducta de la pareja basándose en creencias tales como el deber de sumisión de la mujer, roles de género tradicionales, celos patológicos fruto de la continua desconfianza hacia la pareja, la percepción de vulnerabilidad de la víctima y la legitimación de la violencia como forma de resolución de estos conflictos.

2.- Ira. Se puede producir por circunstancias que le generan malestar al hombre como problemas laborales, económicos o referentes a la educación de los hijos, y se alimenta con el sentimiento de hostilidad y el recuerdo de situaciones negativas anteriores en la relación que terminan impulsando la violencia de forma descontrolada.

3.- Factores precipitantes directos. Como pueden ser el consumo abusivo de alcohol y drogas, que en conjunción con las frustraciones en relación a la pareja u otros aspectos de la vida cotidiana, puede desencadenar en un episodio de violencia.

4.- Repertorio pobre de conductas y trastorno de la personalidad. Las habilidades de comunicación y resolución de conflictos juegan un papel fundamental, ya que un repertorio pobre de conductas dificulta elegir la opción adecuada para resolver un problema. Si a este aspecto se une una baja autoestima, inseguridad, dificultad para expresar sentimientos, carácter celoso y posesivo, dependencia emocional o agresividad, se minimizan las posibilidades de que la reacción del hombre ante una situación de tensión esté exenta de violencia.

5.- Percepción de indefensión de la víctima. Se suelen descargar las frustraciones sobre el más débil y el hombre percibe como más vulnerable a la mujer. Además, las creencias machistas facilitan que en muchos casos sean las mujeres, antes que los niños o los ancianos, las agredidas, ya que esto proporciona al maltratador más “motivos” para justificar esta agresión.

6.- Refuerzo de conductas violentas previas. La violencia es un método que a la vez de rápido es efectivo para que el maltratador consiga lo que desea a corto plazo ya que la víctima, con conductas de sumisión, intenta evitar la agresión. Por ello, las conductas violentas serían reforzadas tanto por la víctima como por el agresor.

Según Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998), además de estos factores también influye el hecho de que hormonalmente el hombre tenga una mayor tendencia a las conductas violentas, y que dichos comportamientos hayan sido aprobados y fomentados socialmente desde la infancia amparadas en el estereotipo social del hombre.

Dutton (1988), por su parte, también propone un *modelo ecológico* para explicar el maltrato del hombre a su pareja, y lo hace desde la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura et al., 1961). Se apoya en este supuesto como importante marco teórico que ayudaría a explicar la correlación existente entre la historia de maltrato en la familia de origen del individuo y el que éste llegue a convertirse en víctima o perpetrador. La transmisión intergeneracional de la violencia ha sido un aspecto muy estudiado en el fenómeno del maltrato a la mujer por su pareja y los datos empíricos parecen avalar que la conducta se puede transmitir de generación en generación a través del aprendizaje, no solo de modelos de comportamiento, sino también de unas actitudes y creencias que confluirían en el desarrollo posterior de patrones violentos. A partir de

esta premisa, Dutton desarrolla un modelo en el que son tres los niveles que conforman el contexto social en el que el individuo se desenvuelve:

1) Macrosistema, donde las creencias y los valores culturales determinan la aparición del maltrato.

2) Exosistema, que se compone de las estructuras sociales formales e informales que conforman el ambiente en el que la persona se desarrolla.

3) Microsistema, que supondría el contexto más inmediato en el cual se produce el maltrato y que generalmente es la familia.

Y, por último, el autor destaca los factores ontogénéticos que son el desarrollo individual o la historia de aprendizaje que cada persona lleva al contexto social. De esta forma, la evolución cognitiva, la respuesta emocional y la conductual son modelos aprendidos en su historia personal y que condicionan su comportamiento convirtiéndolo, o no, en maltratador.

Todos estos autores, por tanto, desarrollan modelos explicativos identificando diversas causas que llevarían a un hombre a maltratar a su pareja. La perspectiva feminista, no obstante, simplifica el origen del maltrato señalando una única causa que tiene su fundamento en los valores culturales patriarcales imperantes en nuestras sociedades. Así, algunos teóricos defienden que la etiología de la violencia contra las mujeres se debe a un solo factor explicativo que serían las creencias y actitudes machistas, ya que haciendo una revisión de los modelos multicausales anteriormente expuestos se considera que es este factor el común a todas las teorías, y que el resto de los factores funcionan como posibles detonantes pero nunca como determinantes de la conducta violenta (Ferrer y Bosch, 2000). Ferrer y Bosch explican el concepto de misoginia como la base de un machismo fundamentado en sentimientos como el odio, rechazo, aversión y desprecio de los hombres hacia las mujeres así como a todo lo femenino que, a su vez, se ampara en unos roles de género tradicionales y valores culturales patriarcales. Consideran que el sentimiento de odio vería su continuidad en una serie de creencias negativas hacia la mujer que, por ende, desencadenarían conductas de maltrato hacia ellas. De hecho, Bosch y Ferrer (2003) llevaron a cabo un estudio empírico para demostrar esta hipótesis. Entrevistando a 142 mujeres llegaron a la conclusión de que los maltratadores, en general, presentaban más creencias negativas hacia las mujeres y menos acuerdo con las reivindicaciones feministas evidenciando lo

que se denomina “sexismo sutil”, esto es, un tipo de machismo menos explícito que pasa por negar la existencia de la discriminación a la mujer y se antepone a sus demandas. Por otro lado, encontraron que existía una mayor adscripción de los maltratadores a los roles de género tradicionales, tanto femeninos como masculinos, dejando al descubierto la influencia en ellos de los valores de la cultura patriarcal. Si bien, pese a que este factor explicativo parece ser consensuado por la mayoría de los autores que estudian el problema de la violencia de género y del maltrato a la mujer por su pareja, algunos estudiosos consideran que puede resultar insuficiente a la hora de confeccionar un modelo explicativo que describa un fenómeno tan complejo como es la ocurrencia del maltrato a la mujer por su pareja y el mantenimiento de esta situación. En este sentido, Heise (1998) ya advirtió, como se dijo anteriormente, que no alcanzaría a explicar por qué en el seno de una cultura eminentemente machista, unos hombres llegan a ser maltratadores y otros no. Dutton (1988), por su parte, sugiere que es la estructura social patriarcal la que modela la respuesta emocional del hombre, que puede no llevarle directamente a maltratar, pero si hace que aumente la probabilidad de ser violento con su pareja.

Por último, a pesar de las controversias existentes entre los teóricos, cabe destacar la importancia que la aportación del movimiento feminista hace al estudio del maltrato a la mujer por su pareja. Si hasta ese momento se consideraba que este fenómeno era un hecho anecdótico y por tanto era tratado como tal, fue gracias al activismo feminista, y su análisis en base a las actitudes y creencias culturales, que empieza a considerarse un grave problema social, y por tanto, público. En esta línea, Walker (1981) incide en que la causa subyacente de todas las agresiones contra las mujeres se encuentra en el sexismo latente en nuestras sociedades basado en las diferencias de poder entre sexos donde la violencia sería el instrumento empleado por los hombres como mecanismo de subordinación para seguir manteniendo este desequilibrio de poder que les beneficia. La perspectiva feminista no busca explicar por qué un determinado hombre maltrata a una determinada mujer, sino por qué los hombres en general buscan emplear la fuerza física y las estrategias de poder y control contra sus parejas. Describe, por tanto, el intento desesperado de aquellos hombres que agreden a sus parejas con el fin de no perder el privilegio de superioridad del que tradicionalmente han gozado. En definitiva, estas claves que proporcionan la

perspectiva feminista resultan fundamentales para entender el fenómeno del maltrato contra las mujeres de una forma global, ya que supone uno de los problemas sociales más graves y de mayor magnitud que padecen nuestras sociedades de hoy en día por lo que debe ser observado desde esta óptica.



## **3.- CONTEXTUALIZACIÓN DE LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES EN EL SALVADOR**

---

**3.1. Violencia contra las mujeres en América Latina**

**3.2. Situación de la mujer en Centroamérica: el caso de Nicaragua, El Salvador y Guatemala.**

**3.3. Violencia de las mujeres en El Salvador**



El maltrato a la mujer por parte de su pareja es un problema social ya que parte de unos valores sociales y culturales propios de sociedades de estilo patriarcal. Esto es, se trata de la consecuencia de unos principios machistas que han sido reproducidos y mantenidos por la cultura que los alberga. Por tanto, es primordial conocer el entorno social en el que se produce, las medidas políticas y judiciales adoptadas como indicativo de la importancia que se le otorga al problema, y los valores culturales que lo amparan y justifican.

El objetivo de este capítulo es, por tanto, acercarnos al entorno social, político y cultural de El Salvador, país donde se desarrolla esta investigación, así como al conocimiento de la idiosincrasia de la mujer salvadoreña que constituye la muestra de este estudio. Además, se hará un análisis contextual de El Salvador.

El presente capítulo está dividido en tres partes fundamentales que irán de lo más general a lo más específico: partirá desde el principal y más amplio referente geográfico, que tiene características propias y comunes con El Salvador, es decir, se realizará un análisis general de América Latina, se pasará a continuación a revisar el contexto social, histórico y político de Centroamérica, y se concluirá con una revisión de la actualidad social, política y cultural de El Salvador.

El primer subepígrafe está dedicado a América Latina como continente en el cual se sitúa El Salvador y con el que comparte los orígenes y la historia. Por ello se comienza aludiendo a algunos aspectos sociales y culturales que comparten todos los países de este continente a los que une una común trayectoria histórica influida por la mezcla cultural fruto del origen indígena y la conquista española. Del mismo modo se hace un breve recorrido por algunos de los problemas políticos que han determinado la actualidad social de Latinoamérica. Y, finalmente, se pasa a analizar el problema de la violencia de género en este continente nombrando algunas de las estadísticas más significativas y señalando algunos de los acuerdos internacionales que han firmado muchos de sus países para combatir este problema.

Una aproximación a la realidad contemporánea de Centroamérica es el objetivo del segundo subepígrafe, dada la importancia que supone el entorno próximo de El Salvador y la influencia que en él han tenido las historias políticas y sociales más o menos comunes de los países colindantes. En este apartado se hace un recorrido por

la historia más reciente de tres países centroamericanos como son Nicaragua, El Salvador y Guatemala, con trayectorias paralelas en el ámbito político, social y cultural. Estos países han compartido algunos de los acontecimientos más relevantes de su historia reciente como son las guerras civiles que han tenido papeles fundamentales en la configuración de la situación actual de la mujer.

Y se concluirá este capítulo haciendo un breve recorrido por la historia más reciente de El Salvador, el análisis de la sociedad actual salvadoreña y los problemas más importantes que hoy en día padece, sin olvidar la situación de la mujer, el problema de la violencia de género y las medidas políticas y legales adoptadas en el país en los últimos años.

### **3.1. Violencia contra las mujeres en América Latina**

Los problemas sociales y políticos que América Latina ha venido arrastrando a lo largo de su historia han dificultado la visibilización de algunos problemas sociales tan graves como la violencia contra las mujeres. Las continuas guerras y la pobreza son varios de los factores que han influido en que las distintas sociedades de este continente hayan aprendido a convivir con la violencia y aceptarla como forma de resolución de conflictos. Por otra parte, el machismo tiene raíces muy profundas en la cultura latina donde adquiere relevancia una ideología de la masculinidad fundamentada en las creencias de la naturaleza violenta del hombre, el machismo, la poligamia y la educación tradicional que resulta favorable a los varones. De esta forma, la representación social de la masculinidad estaría escudando la violencia y los hombres utilizarían la violencia para demostrar su masculinidad (Villaseñor-Farias y Castañeda-Torres, 2003).

Algunos autores señalan un concepto bipolar de *Machismo* y *Marianismo* que influye en la socialización del hombre y la mujer en América Latina (Ellsberg et al., 2000; Kampwirth, 1996; Lancaster, 1992). El machismo es una ideología que polariza las diferencias entre hombres y mujeres fundamentadas en la superioridad moral, económica y social del hombre sobre la mujer, y que se basa en un culto a la virilidad dónde los hombres agresivos y sexualmente poderosos están mejor considerados. En contraposición, el marianismo se basa en la devoción hacia la Virgen María como personificación de los ideales de maternidad y castidad. Así, de las mujeres en América

Latina se espera que encarnen estos ideales y son valoradas como mujeres según las habilidades que muestren como madres (Larrain y Rodríguez, 1993). Por ende, tradicionalmente la identidad masculina se basa en la agresividad y la dominación del hombre como valores supremos, y la identidad femenina en la sumisión y dependencia. Estos roles diferenciados dibujan unos estereotipos tradicionales de género que se aceptan como infranqueables. De esta forma, no es infrecuente que se utilice la sospecha de infidelidad de la mujer como justificación del maltrato por parte del marido, ya que esta conducta de trasgresión de la norma establecida pondría entredicho la masculinidad y dignidad del hombre (Agoff, Rajsbaum y Herrera, 2006). Estas creencias, por tanto, ayudan a mantener el maltrato hacia las mujeres en América Latina sin dejarle, a menudo, otra opción que la resignación. Por otro lado, la violencia contra las mujeres también está vinculada a la sexualidad. En relación con el marianismo, a la mujer se le educa desde pequeña con ese ideal de castidad en el que el sexo es presentado como peligroso y amenazante y que sólo se le permite en el contexto conyugal y con fines de procreación. Por ello, según los conocimientos y prácticas que tienen las mujeres sobre la sexualidad, se las califica socialmente de “buenas” o “malas”, generando un sentimiento de culpabilidad que convierte a una mujer que ha sido agredida sexualmente en Latinoamérica, en la responsable de esta agresión (Herrera, 1999).

En el análisis que hace McWhirter (1999) sobre el problema de la violencia doméstica en Chile, destaca factores culturales, políticos y legales que influyen en la perpetuación de este problema social. Plantea que la violencia contra las mujeres en este país sudamericano estaría mediatizada por unos valores culturales que son permisivos con la violencia, especialmente en el seno de las familias y donde el machismo y el alcoholismo de los hombres juegan papeles esenciales en su prevalencia. Klevens (2007) afirma que las mujeres latinas tienen tres veces más probabilidad de involucrarse en una relación sentimental con fuerte dominación masculina donde variables tales como que la mujer gane más dinero que el hombre puede convertirse en un factor de riesgo de ser maltratada. Del mismo modo, conflictos debidos a que la mujer salga de casa, celos o su embarazo son mucho más frecuentes entre mujeres latinas. Pick, Contreras, y Barker-Aguilar (2006) destacan la costumbre y tradición como factores que influyen en que la violencia contra las mujeres en países como

México, sea tolerada y aceptada. Unos valores culturales que infunden en las mujeres una gran percepción de falta de control sobre sus vidas. Si a este hecho se une el poco respaldo existente del sistema judicial y la discriminación institucional de la mujer en diversos sectores de la sociedad como son los servicios de salud, la educación, la cultura y el mercado laboral, entre otros, la realidad es que las mujeres latinoamericanas se han encontrado tradicionalmente desprotegidas en la salvaguarda de sus derechos más básicos.

América Latina ha sido, por otra parte, una región muy castigada históricamente por los problemas políticos y sociales de los países que la integran. Las numerosas guerras civiles y los regímenes autoritarios han hecho mella en su población donde las mujeres han sido, en muchos casos, las grandes perjudicadas. Así, en muchos gobiernos dictatoriales, a menudo las mujeres eran torturadas y abusadas sexualmente por ser consideradas la piedra angular de la familia, utilizándolas como herramienta de represión (McWhirter, 1999). Y en los conflictos armados, con frecuencia las mujeres han sido la herramienta de castigo al bando contrario utilizando como arma de guerra las vejaciones, torturas y violaciones a las mujeres por su condición de pertenencia al género femenino (Garaizabal y Vázquez, 1994; Walker, 1999).

Las normas sociales y la rigidez de los roles de género en América Latina, que sustentan las diferencias de poder entre hombres y mujeres así como la división de funciones en la sociedad, permite justificar y, por ende, mantener la violencia contra las mujeres, no solo por parte del agresor, sino también por parte de la víctima y de su entorno. Así pudieron constatarlo Agoff et al. (2006) cuando después de entrevistar a una muestra de mujeres maltratadas por su pareja en México, recopilaron una serie de atribuciones que éstas habían hecho de dicha violencia y que iban desde causas ajenas al agresor tales como los problemas en la infancia, dificultades laborales, consumo de alcohol o conflictos con la familia de origen, a motivos relacionados con el incumplimiento por parte de la mujer de sus responsabilidades como esposa y ama de casa. En otro estudio llevado a cabo en una zona rural de México se encontró que las mujeres consideraban aceptable la violencia cuando su función era “corregirlas” y reducían su tolerancia solo cuando no encontraban una justificación como que la agresión fuera excesiva o que el hombre estuviera bajo los efectos del alcohol (Miranda, Halperin, Limón y Tuñón, 1998). Tanto es así, que en una revisión que se

hizo de la bibliografía sobre el tema se encontró que el cambio de estos roles en un hogar latino podía suponer un factor de riesgo para que la mujer sufriera maltrato, siendo incluso una variable común en muchas de las mujeres que sufrían violencia física y psicológica por parte de sus parejas (Klebens, 2007).

En América Latina se estima que una de cuatro mujeres sufre violencia en el seno del hogar (Centro Reina Sofía, 2008a). Se ha descrito que entre el 30 y el 75% de las mujeres adultas de los países de la región de América Latina y el Caribe, han sufrido violencia psicológica por parte de sus parejas, y entre el 10 y el 30%, violencia física (Buvinic et al., 1999). La violación y la violencia doméstica contra las mujeres en este continente es un delito que pocas veces se denuncia, debido probablemente a la percepción que tienen las propias víctimas respecto a la deficiente capacidad de las autoridades para combatirla y protegerlas de sus agresores (Buvinic, Morrison y Orlando, 2005). La carencia de datos sobre su prevalencia, por tanto, es un importante obstáculo para la visibilización del problema en estos países. Así por ejemplo, en Chile no se empezaron a llevar a cabo estudios sobre la prevalencia de la violencia doméstica contra las mujeres hasta cerca de la década de los 90 (McWhirter, 1999). En México, las estadísticas recopiladas durante la década de los 80 y principios de los 90, no se consideraron válidas y suficientes para el reconocimiento como problema social por parte de los órganos de gobierno. Por otra parte, el fenómeno de la violencia contra las mujeres ha sido mucho más estudiado en las áreas urbanas densamente pobladas, existiendo un gran desconocimiento al respecto en las zonas rurales (Ramírez-Rodríguez, 2006).

Algunos de los estudios que se han llevado a cabo al respecto en la última década muestran, sin embargo, algunos datos significativos. A raíz de la revisión de estos estudios que hacen Buvinic et al. (2005) se estima que hasta un 36% de las mujeres han sido víctimas de maltrato físico por parte de sus parejas a lo largo de sus vidas en este continente. Según los datos recogidos por la Organización Panamericana de la Salud (2005) el porcentaje de mujeres que declararon haber sido maltratadas por sus parejas osciló entre el 44% en Colombia y el 22% en la República Dominicana. Concretamente, en Colombia, a raíz de las estadísticas registradas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencia Forense (INMLCF), se conoce que en el 91% de los casos de violencia conyugal, son las mujeres las víctimas, siendo las de edades

comprendidas entre los 25 y los 29 las más afectadas (Tuesca y Borda, 2003). Diversos estudios llevados a cabo en países como México, Colombia o Nicaragua muestran unos índices de prevalencia del maltrato a las mujeres que va desde el 10% al 52% (Castro y Riquer, 2003). Un estudio llevado a cabo con una amplia muestra de mujeres de distintas áreas metropolitanas de Chile, desveló que una de cada cuatro mujeres era golpeada por su actual pareja, y una de cada tres era maltratada psicológicamente (Larrain, 1994; tomado de McWhirter, 1999). La Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud llevada a cabo en 1998 desveló que el 29% de las mujeres nicaragüenses que habían tenido pareja alguna vez habían sido maltratadas física o sexualmente, encontrando una mayor incidencia en mujeres sin educación y en las que tenían más de cuatro hijos (Centro Reina Sofía, 2008b). Algunos datos recientes recogidos por el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud, revelan que los índices de maltrato hacia las mujeres sigue aumentando encontrando porcentajes cercanos al 70% en países como Chile, Colombia, México y Perú (Urquilla, 2005). A pesar de la dificultad de atribuir el aumento de casos de violencia registrados a una mayor ocurrencia o a un mejor registro, la revisión que hace Ramírez-Rodríguez (2006) de la situación mexicana en las últimas décadas apunta a una ascendencia de sus índices de prevalencia. Por otro lado, en un estudio que se hizo en 32 países del todo el mundo, seis de los diez que encabezan el ranking mundial de número de muertes por millón de mujeres fueron países latinoamericanos, siendo Colombia el que encabezaba el índice de feminicidios (Sanmartín et al., 2003).

Torres (2001) hace un análisis del fenómeno separado por regiones de América Latina, del que se desprenden algunos datos de interés que merece la pena mencionar. Así por ejemplo, entre los países de Centroamérica se erige Nicaragua como uno de los países que informan de mayores índices de violencia por parte de la pareja. Teniendo en cuenta la violencia tanto física como psicológica y sexual, los datos señalan que algo más de la mitad de las mujeres casadas o en unión libre han sido maltratadas por su pareja alguna vez en su vida. En cualquier caso, según la revisión que hace la autora, todos los países centroamericanos aportan unos índices de violencia hacia la mujer en torno al 50%. En América del Sur, las estadísticas parecen ser muy similares a las de América Central, pero se ha advertido que en países como Brasil y Perú, la mayoría de los episodios de violencia intrafamiliar no se denuncia a las

autoridades. Respecto a la situación en el Caribe, un ejemplo es Jamaica, país del que se conoce, a partir de los procesos judiciales, que uno de cada seis divorcios se debió a la violencia por parte de la pareja. Y una cuarta parte de las mujeres en proceso de separación informó de haber sido maltratada por su marido.

Los valores machistas y la educación patriarcal, que encuentra raíces profundas en la cultura latinoamericana, lleva en muchas ocasiones estos valores más allá de sus fronteras. Así hay numerosos estudios llevados a cabo en EEUU, un país con una importante tasa de inmigración procedente de todos los países de América Latina, que demuestran unos porcentajes de violencia tanto física, como psicológica y sexual en inmigrantes y descendientes de inmigrantes latinos superiores a los encontrados en muestras nacionales (Hazen y Soriano, .2007; Ingram, 2007). No encontró, sin embargo, tales diferencias Klevens (2007) tras hacer una revisión de los estudios existentes con relación a los índices de prevalencia y las características de la violencia a la mujer por su pareja entre latinos y no-latinos. Pero sí detectó variabilidad con relación a la severidad del maltrato a las mujeres y sus consecuencias siendo las mujeres latinoamericanas las que informaban de peor salud física y mental reconociendo también haber tenido pensamientos e intentos de suicidio en casi la mitad de los casos. Además observó que las mujeres latinas maltratadas solían ser más jóvenes, con niveles de educación más bajos y peores condiciones económicas. Significativas son, por otro lado, las estadísticas de feminicidios recogidas en los últimos años en España, donde un importante porcentaje de estas muertes pertenece a mujeres de origen latinoamericano (Centro Reina Sofía, 2008a; Instituto de la Mujer, 2007).

En las últimas décadas se han firmado algunos acuerdos internacionales con el objetivo de luchar contra la violencia hacia la mujer en el mundo, muchos de los cuales han sido ratificados por la mayoría de los países latinoamericanos que, a su vez, han puesto en marcha un serie de medidas políticas y judiciales para corresponder con estos compromisos internacionales. Algunos de estos acuerdos fueron el de la Asamblea General de Naciones Unidas que aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia en contra de la Mujer en 1993, la Convención de Belem do Pará, Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer en 1994, y la Plataforma de Acción de Beijing en 1995, aprobada en la IV Conferencia

Mundial sobre la Mujer. Por otro lado, en 1981 tuvo lugar el Primer Encuentro Feminista Latinoamericano y del Caribe que estableció el 25 de Noviembre como Día Internacional por la No Violencia en contra de la Mujer. En 1985 se creó la primera Comisaría de la Mujer en Sao Paulo (Brasil). Y fue en 1993 cuando se fundó la primera Comisaría de la Mujer de Centroamérica, ubicada en Managua (Nicaragua). Su fin era contribuir a la prevención y reducción de la violencia contra la mujer en la zona (Centro Reina Sofía, 2008b). Las acciones llevadas a cabo a nivel nacional por algunos de los países latinoamericanos que firmaron su compromiso con la comunidad internacional, se describen a continuación.

México fue uno de los países firmantes cuando en 1993, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia en contra de la Mujer (Pick et al., 2006). Sin embargo, la primera vez que la violencia física y psicológica en el seno del hogar fue reconocida como un delito en este país, fue a raíz de la reforma del Código Civil y Penal en 1997. Dos años después se creó una ley que establecía una serie de criterios y procedimientos obligatorios a llevar cabo en los servicios públicos y privados del sistema sanitario mexicano cuya intención era conseguir una mayor intervención y atención por parte de estos profesionales en los casos de violencia contra las mujeres. Estas medidas fueron complementadas con otras iniciativas en el ámbito gubernamental como el Programa Nacional de Igualdad de Oportunidades y No-discriminación en contra de la Mujer en 2001, o el Programa Nacional por una Vida sin Violencia en 2002.

Teniendo en cuenta las estadísticas disponibles sobre los índices de violencia en América Latina, y respaldado por la consideración de la Organización Panamericana de Salud de la violencia contra las mujeres como grave problema de salud pública, el Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia aprueba en 2003 el Plan Nacional de Salud y Violencia 2004-2007, el cual redactó una batería de medidas para atajar todos los tipos de violencia que azotan el país (Centro Reina Sofía, 2008b). Uno de los objetivos principales de este programa fue la violencia contra las mujeres en el seno de sus hogares ya que después de los primeros estudios de su prevalencia que se llevaron a cabo en 1999, pudieron constatar como las mujeres eran las principales víctimas. Aún así, fue difícil obtener estadísticas precisas ya que el Código Civil vigente no tipificaba como “delito” este tipo de maltrato. Este Plan Nacional, unido a otras iniciativas



gubernamentales como el Programa Nacional de Género y Violencia, así como otros instrumentos legales como es la Ley 1674 de Violencia en la Familia y Doméstica, son las herramientas empleadas actualmente desde los distintos niveles institucionales de Bolivia que pretenden remediar los altos índices de violencia contra las mujeres.

Centrando la atención en la situación de la mujer peruana y amparado por los compromisos internacionales, Perú elaboró en 2001 el Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer por la trascendencia social, política y económica que supone para el país este tipo de violencia. Su principal objetivo fue la prevención, sanción y erradicación de la violencia a lo largo del ciclo vital de las mujeres. Asumiendo que las creencias sociales ampliamente extendidas en Perú están basadas en unos rígidos estereotipos de género donde la premisa sigue siendo la inferioridad de la mujer respecto al hombre y su consideración de propiedad respecto a este. Las medidas políticas llevadas hasta ese momento en el país estuvieron más centradas en los recursos institucionales para favorecer las denuncias y menos en la atención a las víctimas. Por ello, esta iniciativa se orientó a la protección de los derechos humanos de la mujer desde una perspectiva de género esforzándose en la coordinación e integración de todas las políticas públicas responsables de la atención y la recuperación de las personas implicadas en la violencia.

Nicaragua fue uno de los países firmantes en los acuerdos internacionales anteriormente expuestos cuyo propósito fue erradicar la violencia contra las mujeres. En consonancia con este compromiso, en el año 2000, se unieron el Instituto Nicaragüense de la Mujer, la Policía Nacional y la Corte Suprema, con la colaboración de otras instituciones del Gobierno así como organismos no gubernamentales, para trazar un programa de prevención nacional de la violencia doméstica y sexual contra mujeres y niños, sin precedentes hasta el momento. El Plan Nacional para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar y Sexual es un instrumento de políticas públicas que durante cinco años se comprometió a poner en marcha una serie de acciones coordinadas, orientadas a la prevención y la atención de este tipo de violencia, asumiendo así sus compromisos internacionales en materia de derechos humanos y reconociendo el alto costo que supone para la salud pública del país. Esta fue la última iniciativa tomada en complemento a la anterior reforma del Código Penal respecto a delitos cometidos en el ámbito intrafamiliar, así como la aprobación en 1998 del

acuerdo para establecer la Comisión Nacional de Lucha contra la Violencia hacia la Mujer, Niñez y Adolescencia que perseguía impulsar reformas jurídicas y administrativas con este fin.

En Chile, hasta 1989, el Código Civil establecía que la mujer estaba obligada a obedecer al marido y que el hombre tenía autoridad sobre su mujer y las posesiones de esta (McWhirter, 1999). El que Chile se suscribiera durante la década de los 90 a los acuerdos internacionales como la Convención de Belem do Pará en 1994, propició un marco favorable para la adopción de medidas en contra de la discriminación de la mujer en todas las esferas de la sociedad. Así, la primera vez que se consideró ilícito y sancionable la violencia en el ámbito privado que afecta especialmente a mujeres y niños en Chile fue en ese mismo año con la aprobación de la nueva Ley de Violencia Intrafamiliar, medida que fue complementada cinco años después con la Reforma Constitucional que consagra la búsqueda de igualdad entre mujeres y hombres. Sin embargo se consideró que el establecimiento de normas y procedimientos jurídicos no era suficiente para acabar con este problema, sino que era necesaria la educación de la ciudadanía a la vez que una mayor concienciación de sus derechos. De esta forma se trazó el II Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2000-2010 que, de un modo integral, pretende acabar con la discriminación que sufren las mujeres en el plano político, económico, social y cultural. Entre sus objetivos se incluyó la mejora para las mujeres de los mecanismos de acceso a la justicia y el ejercicio de sus derechos, asegurar su derecho a la integridad física, psicológica y sexual, velar por su derecho a la salud sexual y reproductiva, prevenir la violencia contra las mujeres y facilitar los servicios de atención y apoyo a las víctimas.

A pesar de la alarma social que se ha desatado en las últimas décadas en América Latina con relación a la violencia contra las mujeres por parte de sus parejas y las diversas medidas que se han ido tomando por parte de los distintos gobiernos y las instituciones públicas y privadas, la respuesta de la sociedad en general sigue siendo insuficiente. Así lo comprobó Sagot (2005) a través de estudios desarrollados en 10 países latinoamericanos donde observó que estas leyes eran poco eficaces debido a factores tales como su incorrecta aplicación, excesiva burocracia, poco personal especializado o poco cuidado con la privacidad de la víctima, entre otros. La autora pudo constatar de esta forma, como el acceso a los recursos ofrecidos a las mujeres

maltratadas es mucho mayor en las zonas urbanas siendo casi inexistentes las posibilidades de iniciar cualquier proceso judicial o criminal contra el agresor en las zonas rurales, lo que proporciona a éstos una condición de gran impunidad en las comunidades más pequeñas y una mayor desprotección de las mujeres. En general existe una importante falta de coordinación entre las instituciones que atienden a las víctimas en los países de América Latina predominando, además, los valores sociales patriarcales y machistas entre muchos de estos profesionales que resultan en una percepción global de que la mujer no se encuentra ante un peligro real o grave a causa de esta violencia en el hogar. En el estudio se encontró mejores actitudes hacia la mujer maltratada en las asociaciones y organizaciones de mujeres que en el sistema jurídico y administrativo, y tampoco pareció adecuada la respuesta encontrada en el sistema sanitario. Las mujeres entrevistadas en dicho estudio informaron como, en muchos de los casos en los que habían acudido a un centro de salud por motivo del maltrato recibido, el profesional se limitó a proporcionarle tratamiento, pero a menudo no mostró interés por las causas de sus afecciones aunque éstas fueran claras. Así se encontró en los servicios de salud una tendencia a fragmentar estos casos en problemas médicos concretos, pero no en un problema de salud y derechos humanos. Por último, una investigación realizada por el Centro Nicaragüense de Derechos Humanos desveló que el 50% de las denuncias interpuestas en las Comisarías de Policía por violencia intrafamiliar, se resolvían a través de arreglos extrajudiciales, solo el 12% se remitió a los juzgados competentes y, en muchos de estos casos, el agresor quedó libre tras haber pagado una fianza irrisoria (Centro Reina Sofía, 2008b).

### **3.2. La mujer en Centroamérica: el caso de Nicaragua, El Salvador y Guatemala**

Para conocer mejor la situación actual de la mujer en Centroamérica es imprescindible tener en cuenta la historia social y política más reciente de este pequeño continente, marcada en las últimas décadas por diversas guerras civiles y largas transiciones sociales, políticas y económicas. De ahí que la idiosincrasia de la mujer centroamericana venga determinada por los movimientos guerrilleros y los distintos conflictos armados ocurridos en este continente en los que la mujer representó un papel destacado. Como muestran las historias muy similares de guerra de países como

Nicaragua, Guatemala y El Salvador, la participación de la mujer en las distintas guerrillas constituyó un factor determinante en la proliferación posterior de organizaciones a favor de las mujeres y en la creación de leyes u otras medidas para su protección. Estos movimientos de mujeres han sido en estos años defensores tenaces de los derechos de éstas, los cuales habían sido tradicionalmente desatendidos por los diferentes sistemas partidarios dominados por hombres (Luciak, 2001). Sin embargo, a diferencia de Nicaragua y El Salvador donde las guerras civiles duraron tres y doce años respectivamente y donde la participación femenina fue crucial desde el principio de la lucha, en Guatemala los movimientos guerrilleros de la mano de la Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca (URNG) duraron aproximadamente 35 años, periodo en el que el papel de la mujer experimentó importantes cambios. Así durante los años 60 y 70, la implicación de la mujer fue limitada aunque en los años 80 empezó a crecer de acuerdo con una evolución social de la mujer guatemalteca en el contexto internacional enfocado hacia los derechos de la mujer (Luciak). Aún así, comparado con la participación femenina en los cambios sociales y políticos de Nicaragua y El Salvador, en Guatemala esta participación fue bastante menor. No obstante, al margen de los distintos grados de implicación de la mujer en la lucha armada, sí existieron similitudes entre las funciones de las mujeres en las guerrillas de los tres países siendo éstas fundamentalmente las relacionadas con labores de cocina y otras actividades de apoyo dejando claras evidencias de los roles bien marcados de la mujer en la sociedad centroamericana. Una vez finalizadas las guerras de los tres países, cabe destacar que la mujer combatiente sufrió una mayor discriminación al intentar reinsertarse en la vida cotidiana por haber participado en las luchas revolucionarias en lugar de haberse dedicado a sus familias (Luciak).

Como señala Ellsberg (1999), en Nicaragua, la concienciación social sobre los derechos de la mujer y el reconocimiento de la violencia en contra de las mujeres como un grave problema de la sociedad ha sido debido en gran parte a la revolución sandinista con la que se consiguieron bastantes oportunidades para ellas, así como a los esfuerzos de organizaciones no gubernamentales, sobre todo de ámbito internacional. Resulta sobresaliente la creación después del conflicto armado, de las llamadas “casas de la mujer” que, extendidas por toda la capital de Managua, empezaron a llevar a cabo una labor encomiable proporcionándoles atención en la salud física y mental y

asesoramiento legal. Además muchas de estas organizaciones de mujeres siguen realizando actualmente en Nicaragua actividades educativas, de alfabetización, apoyo para las mujeres que sufren violencia y programas de prevención de violencia en hombres. Este hecho es una consecuencia de la implicación de la mujer durante la guerra civil de su país, (Ellsberg et al., 1997) quien, lejos de quedarse en casa al margen del conflicto, participó activamente en la lucha armada. Por ello, además de la creación de estos organismos, con el fin de la guerra se llevaron a cabo una serie de reformas sociales que cambiaron profundamente la vida de las mujeres nicaragüenses. Por otro lado, las “Comisarías de la Mujer y la Niñez”, que tienen el objetivo de servir de intermediarios entre el Instituto de la Mujer del Gobierno Nicaragüense y la Policía Nacional, es otra alternativa a las asociaciones no gubernamentales que mejoraron el acceso de ésta a la Justicia (Ellsberg, 1999). Todas estas iniciativas, unidas a otras campañas desarrolladas por todo el país, contribuyeron a una mayor concienciación del problema hasta tal punto de convertir la violencia contra de la mujer en uno de los temas prioritarios en Nicaragua (Ellsberg et al., 1997). A este respecto, la transformación que las leyes han experimentado en el país, constituyen otro signo de evolución. El antiguo Código Penal Nicaragüense no criminalizaba el acto violento en sí, sino el daño físico producido por el asalto, que tenía que ser lo suficientemente grave como para necesitar unos 10 o 15 días de cicatrización y así ser considerado un acto criminal. De esta manera quedaban impunes muchas de las formas de violencia física y sexual y, por supuesto, la violencia psicológica. Es por ello que las mujeres maltratadas nicaragüenses estaban desprotegidas ya que la ley no le ofrecía ningún tipo de amparo (Ellsberg, 1999). En 1996 la ley fue reformada incluyendo sentencias más duras para los maltratadores, se tuvo en cuenta el daño tanto físico como psicológico para la víctima y se hizo un esfuerzo importante para garantizar su protección (Ellsberg et al., 1997).

En 1992, y tras doce años de guerra civil, el movimiento guerrillero salvadoreño de la mano del Frente de Liberación Nacional Farabundo Martí (FMLN), y el Ejército, amparado por el Gobierno de El Salvador, firmaron finalmente los Acuerdos de Paz que terminaron con el conflicto armado. En las negociaciones de estos acuerdos las cuestiones de la mujer apenas recibieron atención, a pesar de que firmaron estos acuerdos tres mujeres que habían sido importantes comandantes de la guerrilla, lo

que evidenciaba el papel importante de la mujer en la guerra de El Salvador, y dejando igualmente al descubierto la carente concienciación de equidad de género en la sociedad salvadoreña (Luciak, 2001). Además, como señalan Garaizabal y Vázquez (1994), las mujeres salvadoreñas que habían participado en la contienda no fueron consideradas igual que los hombres en los Acuerdos de Paz. Un claro ejemplo se pudo ver en el programa de transferencias de tierras donde la mujer fue notoriamente discriminada.

Este hecho se tradujo en una discriminación de la mujer salvadoreña en su reinsertión civil posterior a la guerra y en una mayor dificultad para aquellas mujeres que habían sido combatientes, y a las que se les había permitido adoptar otros roles diferentes a los tradiciones durante la contienda pero que luego fueron forzadas a ser relegadas de nuevo a la esfera privada y a los estereotipos tradicionales. De esta forma, un año después de la firma de los Acuerdos de Paz, el 95% de las mujeres salvadoreñas informó que se dedicaba exclusivamente a las tareas domésticas, lo que indicaba que las relaciones de género habían cambiado poco. Solo se comenzaron a ver pequeños avances debido a la actividad que se inició en torno a los movimientos locales de mujeres, creados a partir de la guerra, en los que las mujeres empezaron a participar y donde pudieron estar mejor informadas de sus derechos. Pero la discriminación por su género y la división tradicional del trabajo les hacía sentirse insatisfechas, lo que también afectó a las relaciones maritales. Por otro lado, en un sondeo realizado por Luciak (2001) en tres municipios salvadoreños, poco después de la firma de los Acuerdos de Paz, se encontró que las mujeres negaban generalmente la presencia de maltrato por parte de sus parejas. En uno de los municipios, una tercera parte de las mujeres entrevistadas se negó a contestar a esa pregunta, y en los tres municipios hubo pocos casos de mujeres que reconocieran ser maltratadas mostrándose, en general, renuentes a hablar del tema. No obstante, con el fin del conflicto, muchas de las excombatientes que habían luchado en la guerrilla se diversificaron formando múltiples y diferentes organizaciones de mujeres en cuyo activismo había un punto en común: combatir la violencia contra la mujer. Producto de este esfuerzo durante años, se consiguió que el maltrato a la mujer fuera un tema a tener en cuenta por las instituciones del Estado salvadoreño. Así, el Parlamento ratificó el día 25 de Noviembre como el Día Nacional de la No Violencia contra las Mujeres y el Gobierno

aprobó la Ley contra la Violencia Intrafamiliar que tipifica este maltrato como un delito y en la que se contemplan medidas de protección para las mujeres que están siendo agredidas por sus parejas. Sin embargo, aún en la actualidad, la violencia contra la mujer no ha sido integrada como uno de los aspectos centrales en el análisis de la violencia en el país, justificándolo en muchos casos como delincuencia general. Por otro lado, la falta de herramientas para obtener datos estadísticos precisos, así como la consideración predominante de que la violencia contra la mujer en el ámbito familiar es un asunto estrictamente privado, impiden la visibilización del problema y, de esta forma, la adopción de medidas políticas y sociales (Herrera, 1999).

El del 29 de Diciembre de 1996 se constituye el último Acuerdo de Paz de Centroamérica tras una guerra civil, en Guatemala, después del Acuerdo de Paz firmado en El Salvador en 1992. La experiencia de El Salvador sirvió, algunos años después, para que algunas organizaciones de mujeres guatemaltecas presionaran para incluir la igualdad de género en las negociaciones de los Acuerdos de Paz en Guatemala. Esto facilitó la adopción de ciertas medidas de protección hacia la mujer y, además, el gobierno se comprometió a eliminar todas las formas de discriminación machista. Mención aparte merecen los acuerdos relativos a los derechos de los pueblos indígenas guatemaltecos por constituir estos una importante proporción de la población general en este país, y en los que la mujer indígena recibiría una protección especial. Por ejemplo, según estas nuevas leyes, el acoso sexual a mujeres indígenas sería duramente castigado. Los Acuerdos de Paz de Guatemala fueron, pues, únicos con relación al abordaje del tema de la igualdad de género y a un replanteamiento de la función de la mujer en la sociedad.

Para combatir la violencia contra la mujer se creó en el continente centroamericano la “Comisión Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer” que fue ratificada por Costa Rica, Guatemala, Honduras y Nicaragua en 1995, Panamá en 1994 y El Salvador en 1996. Este instrumento de derechos humanos definió la violencia contra la mujer en su artículo primero como “cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como privado” (Madden, 1997, p. 24), permitiendo a los países participantes de la Organización de Estados Americanos (OEA) denunciar su incumplimiento ante la

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. No obstante, este instrumento carece de eficacia si no va acompañado de la correspondiente legislación en contra la violencia de género en los distintos países de Centroamérica.

Este progreso a nivel político y legal, no obstante, no va necesariamente acompañado de una evolución paralela en la sensibilización social de la violencia contra la mujer y, a nivel cultural, del machismo. Así, en Centroamérica en general, aún se sigue considerando que el hombre tiene el derecho de “corregir” a su esposa, y esta creencia es generalmente aceptada. De hecho, en la investigación que llevaron a cabo Ellsberg, Peña et al. (1999), con una muestra representativa de 488 mujeres nicaragüenses en edad reproductiva, encontraron que el 40% de ellas manifestaron haber sufrido violencia física por parte de su pareja alguna vez en su vida, y una de cada cinco mujeres había sufrido violencia física grave en el último año. Tal índice de prevalencia fue significativamente mayor entre mujeres casadas o que convivían con sus parejas, datos que evidencian la gran magnitud de este problema en el país. Por otro lado, las guerras civiles que han azotado a este continente, ha contribuido a que aún se utilice frecuentemente la violencia como única forma de resolución de conflictos en estas sociedades, además de que la disposición a las armas que tiene la población general facilita mucho la violencia. Por último, el largo proceso de transición política y económica que han vivido estos países, ha conducido a un alto grado de desempleo y frustración que desencadena en la actualidad en un grave problema de violencia social.

Resulta interesante señalar algunos aspectos referentes a las actitudes sobre la violencia contra la mujer que están bien anclados en algunos países como Nicaragua, El Salvador o Guatemala, y que se hace extensible a muchos de los países de América Latina. Así, por ejemplo, existe cierta confusión en el concepto y definición de la violencia sexual por parte de la pareja. En un estudio llevado a cabo en Nicaragua por Ellsberg et al. (1997), mientras las mujeres consideraban que ésta es una forma grave de violencia contra la mujer, muchos hombres opinaban, por el contrario, que si es el marido el que fuerza sexualmente a su esposa no es violación, y sólo lo es si la golpea al mismo tiempo. En este razonamiento no se tiene en cuenta el daño ocasionado por el abuso, un asunto que fue muy discutido y de crucial importancia en la elaboración de la Ley en contra de la Violencia Doméstica en 1995 en Nicaragua. Por otro lado, es muy común en países como Nicaragua y El Salvador, así como en Centroamérica en general,



que los hombres tengan relaciones con varias mujeres a la vez e, incluso, que formen varias familias. En estos casos, a los hombres les resulta difícil mantener económicamente los distintos hogares y es frecuente que utilicen el maltrato físico hacia la esposa como excusa para abandonar el hogar (Ellsberg et al., 1997; Herrera, 1999). Es por ello que tener relaciones fuera del matrimonio ha sido considerado por muchas mujeres, sobre todo de las zonas rurales, como una forma grave de violencia contra de la mujer. Por el contrario, tanto hombres como mujeres, incluso profesionales nicaragüenses, opinaron que el maltrato a la mujer por parte de su pareja no era motivo suficiente como para castigar al hombre con pena de cárcel (Ellsberg et al., 1997). No resulta menos elocuente, en este sentido, los resultados recientemente obtenidos por Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano y Kageyama-Escobar (2005), en una investigación realizada con personal médico en Nicaragua la cual evidencia importantes barreras actitudinales y culturales hacia el maltrato a la mujer que obstaculizan su correcta identificación y posterior intervención. Así, a pesar de que aproximadamente un 70% de los médicos y personal de enfermería entrevistados mostraron una actitud de rechazo hacia la violencia contra la mujer y un adecuado conocimiento del problema, llama la atención que aproximadamente un 20% reconociera ejercer violencia contra su pareja, que la mitad lo considerara un asunto privado, a la vez que reconocían cierto miedo a involucrarse en asuntos legales, y que menos de la mitad hiciera preguntas para su identificación a sus pacientes en casos de clara sospecha. Estos resultados son un importante reflejo de las normas sociales y culturales aún bien arraigadas y cobran especial importancia en cuanto a que los centros de salud son los primeros lugares y, en muchas ocasiones los únicos, a los que acuden las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas.

### **3.3. Situación de la violencia contra las mujeres en El Salvador**

El Salvador es uno de los países con mayor tasa de homicidios de América Latina. Junto con Colombia, Guatemala y Jamaica, forma parte del grupo de países más violentos de este continente (Buvinic et al., 1999). El hecho de haber sufrido una larga guerra civil, de la que aún en la actualidad arrastra las consecuencias de la posguerra, lo hace especialmente vulnerable a experimentar una violencia generalizada que se expresa a todos los niveles de la sociedad. El fácil acceso a las armas, la extrema

desigualdad social y los altos niveles de pobreza de gran parte de la población, son factores que contribuyen al mantenimiento de estos altos índices de violencia.

La cultura, por otro lado, es otro de los factores responsables de la proliferación de la violencia en América Latina en general. La cultura establece unas normas y patrones de funcionamiento social que aprueban la violencia en determinados contextos. Es por ello que los valores culturales en la sociedad de El Salvador, eminentemente machista, adquieren una importancia fundamental en la proliferación y el mantenimiento de uno de los problemas más graves del país en la actualidad: la violencia contra las mujeres. Unas normas de funcionamiento social fundamentadas en los rígidos roles de género siguen respaldando el “derecho” del marido de controlar y corregir a su pareja y le da autoridad, por tanto, para hacer uso de la violencia contra ella (Buvinic et al., 1999; Hume, 2008). Gran parte de estas ideas tradicionales sitúan a la mujer en una posición de complementariedad y subordinación del hombre conformando una identidad femenina a la que se le otorga la condición de “naturaleza”. Un rol de género femenino fundamentado en unos pilares básicos que son la maternidad, la afectividad, el cuidado a los demás y una sexualidad heterosexual y monógama donde la virginidad aún sigue siendo un valor considerado socialmente (Garaizabal y Vázquez, 1994).

El grave problema social y de salud pública que supone la violencia contra las mujeres es particularmente alarmante en este país centroamericano, donde el constante clima de violencia y la discriminación social de la mujer se conjugan entre sí, dando lugar a una situación de absoluta desprotección para ellas tanto fuera como dentro de sus hogares. En la actualidad, la violencia contra las mujeres supone uno de los más graves problemas políticos y sociales del país que se une a las serias carencias que, además, sufren las mujeres en aspectos básicos como la alimentación, la educación y la higiene. La población femenina representa en El Salvador una gran parte del sector más pobre de la sociedad. Según el informe de 2004 del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el 52% de la población salvadoreña más pobre son mujeres, porcentaje que aumenta levemente en las áreas urbanas. Este dato podría deberse a varias razones: mayor longevidad de las mujeres, un alto índice de separaciones y divorcios que suele resultar en una desventaja económica para la mujer y una mayor dificultad para acceder a un trabajo cualificado con un salario suficiente para vivir

(Baires y Vega, 2005). De hecho, muchas mujeres salvadoreñas solo tienen acceso a trabajos poco cualificados, con bajos salarios, sin seguridad social y con pésimas condiciones laborales. Su papel en el mercado laboral salvadoreño está muy restringido a un tipo de empleo informal como puede ser el comercio ambulante, empleada del hogar o la recogida de café. Su inserción en el mercado laboral formal es mínimo y, aunque en los últimos años se ha avanzado bastante en cuanto al acceso de las niñas a la educación, los sueldos de las mujeres sigue siendo mucho menor que el de los hombres. Estas precarias condiciones, además, suelen empeorar en las zonas urbanas donde a la mujer le resulta más difícil crear redes sociales y tiene más coste económico el acceso a bienes de consumo. En las ciudades salvadoreñas, del mismo modo, las mujeres se enfrentan a grandes dificultades para cubrir las necesidades básicas de alimentación (pobreza extrema) así como otras necesidades básicas (pobreza relativa). Estas dificultades se ven agravadas, además, cuando la mujer es víctima de violencia en el hogar, ya que esto dificulta y obstaculiza su inserción en el mundo laboral y su participación en la comunidad así como el establecimiento de redes sociales de apoyo (Baires y Vega).

Unido a todo lo dicho anteriormente, y en esas circunstancias, las mujeres tienen a su cargo más de una cuarta parte de los hogares del país (Oxfam Internacional, 2005). En El Salvador, como en otros países centroamericanos, es frecuente que los hombres no asuman su responsabilidad como padres, que se desentiendan de sus hijos, que los abandonen o, incluso, que tengan varias familias a la vez. En relación a la carga económica familiar, en aquellos hogares donde la mujer trabaja, por lo general el hombre no aporta nada. También las tareas domésticas son responsabilidad absoluta de la mujer y los hijos. El 64% de las mujeres salvadoreñas dedica más de cuatro horas diarias a las tareas domésticas, que compagina con su trabajo fuera del hogar, solo un 37% se dedica exclusivamente al trabajo doméstico. Por otro lado, son frecuentes los hogares monoparentales a cargo de las mujeres, con una mayor incidencia en las zonas urbanas (Baires y Vega, 2005). Como consecuencia, las mujeres salvadoreñas tienen la responsabilidad de sacar adelante ellas solas a sus hijos. No en vano, la maternidad se sitúa como el eje central del estereotipo de feminidad de la mujer en torno al cual deben articularse todos sus esfuerzos y metas personales. Adicionalmente, el cuidado

emocional y afectivo de los demás es otro de los mandatos sociales a los que las mujeres salvadoreñas se ven sometidas (Garaizabal y Vázquez, 1994).

La cruenta guerra civil que azotó el país durante más de 10 años, ha maltratado especialmente a la población femenina salvadoreña que, relegada a un segundo plano, ha sido víctima además del dolor debido a las separaciones, a la pérdida de hijos, parejas sentimentales y familiares próximos, significando este hecho un ataque a su capacidad emocional y afectiva, muy unida al interiorizado rol femenino (Garaizabal y Vázquez, 1994). La guerra civil ha tenido un papel fundamental en la construcción de la identidad femenina de la actual mujer salvadoreña y un análisis de este hecho histórico y la repercusión que tuvo en sus vidas permite una mejor aproximación a sus actuales condiciones de vida. A este respecto, Garaizabal y Vázquez trabajaron con grupos de auto-ayuda de mujeres que se sentían afectadas emocionalmente por el conflicto y habían recurrido a los distintos movimientos de mujeres para compartir y recibir ayuda para sus problemas emocionales. En sus experiencias personales se pudo encontrar la causa de muchas de las secuelas que arrastraban como consecuencia de haber sido víctimas y testigos de los conflictos de su país. En estos grupos participaron más de 60 mujeres procedentes tanto de la capital como, en menor medida, de las zonas rurales de El Salvador. Sin embargo, la mayoría de ellas habían tenido que cambiar su lugar de residencia de origen por motivo de la guerra a otras zonas del país, o incluso al extranjero, viéndose apartadas en la mayor parte de los casos de sus familias y comunidades. Todas ellas reconocieron que estas separaciones había sido lo más doloroso del conflicto. Dos de cada tres mujeres había sido víctima directa de capturas, torturas, agresiones sexuales, bombardeos, registros domiciliarios o habían sido testigos de masacres en su comunidad. En el 88% de los casos, los autores de estos abusos habían sido el ejército, los paramilitares o la policía. Una de cada cuatro mujeres había sido violada por miembros del ejército, la policía o la guerrilla. Como consecuencia, el 80% reconoció que estos hechos habían afectado negativamente a su sexualidad y a sus relaciones afectivas de pareja, con sus hijos y familiares. Del total de mujeres, solo cuatro habían recibido algún apoyo terapéutico algunos años después de que finalizara la contienda.

Las mujeres salvadoreñas, por tanto, han sido tradicionalmente las principales víctimas tanto de la violencia social como la que se produce en el ámbito privado.

Desde la inseguridad ciudadana, en las que son especialmente vulnerables en unas ciudades donde los espacios públicos están hechos para los hombres y donde la mujer es relegada a lo privado y al cuidado del hogar y la familia, hasta el maltrato del que es víctima en la intimidad de su contexto más cercano. Así, la “mujer pública” tiene una connotación negativa y coloca a la mujer en una situación de riesgo en los espacios públicos urbanos, manifestándose a través de la delincuencia, el acoso laboral o la agresión sexual, entre otros (Massolo, 2005). Por otro lado, el maltrato a la mujer por su pareja es una práctica muy común en El Salvador y está muy enraizado en la cultura y sociedad salvadoreñas hasta el punto de que en muchos entornos está considerado como un hecho “normal” (Hume, 2004). Como consecuencia, la mujer salvadoreña se encuentra en una situación de especial vulnerabilidad en el seno de sus hogares donde la violencia es bastante aceptada (Hume, 2008). Existe, por tanto, una fuerte complicidad social con este comportamiento y, en general, se considera que es un asunto privado en el que nadie debe inmiscuirse, e incluso que es un derecho del marido. La sospecha sobre la mujer que es maltratada de que ella haya hecho algo para merecérselo es una creencia muy extendida, lo cual permite justificar el maltrato y alimenta el propio sentimiento de culpabilidad de la mujer que está siendo víctima de violencia (Garaizabal y Vázquez, 1994). La sociedad salvadoreña asume la supremacía del hombre y, por tanto, acepta su derecho a hacer mantener su dominación como justificación del maltrato. Se considera que, de no hacerlo, iría contra el bienestar familiar poniendo en riesgo la misma institución del matrimonio y la familia, lo que sería sancionado socialmente (Gaborit, 2005).

Esa idea generalizada de que el maltrato hacia la mujer es necesario, e incluso merecido, acarrea consecuencias graves en la autoestima de la mujer en la medida en que no se siente buena madre y esposa, y le genera importantes sentimientos de culpabilidad. La religión, por otra parte, tiene un gran peso en la sociedad salvadoreña, y se constituye en una ideología que suele estar basada en un fuerte sentimiento de culpa, lo que alimenta aún más este sentir en la mujer en El Salvador (Garaizabal y Vázquez, 1994). A su vez, los líderes religiosos dictan unas normas muy estrictas de comportamiento que modulan las relaciones entre mujeres y hombres. Para muchas mujeres salvadoreñas, la religión puede suponer una vía de escape y un refugio pero,

para otras muchas, es un sistema de presión más que mantienen los roles de género bien diferenciados y alimenta el mencionado sentimiento de culpabilidad.

La violencia contra la mujer, en todas sus manifestaciones, ocurre en el marco de una cultura de estilo patriarcal que, al ensalzar los valores masculinos sobre los femeninos, obstaculiza la concienciación social sobre la problemática y, por tanto, la legislación al respecto y la asistencia a las víctimas. Como consecuencia tampoco existe una estimación más o menos aproximada de la incidencia real de los casos de violencia y muerte de mujeres a manos de sus parejas. Muchos datos son ocultados, ignorados o disfrazados bajo otros tipos de violencia (Massolo, 2005). No obstante, a pesar de la escasez de datos reales, sí existen algunas cifras orientativas que ofrecen algunos informes de instituciones públicas, organizaciones internacionales o asociaciones no gubernamentales del país.

Se puede afirmar que la mayoría de las víctimas de crímenes violentos en El Salvador son mujeres y se estima que unas 1.000 han sido asesinadas entre 1999 y 2005, según un estudio de una coalición de organizaciones que combaten la violencia contra las mujeres financiada por Oxfam América (Oxfam Internacional, 2005). Este estudio informa que, en los primeros cuatro meses de 2004, se registraron 1.054 casos de violencia doméstica en la Oficina de Asuntos de la Mujer. De ellos, casi un 94% de las víctimas eran mujeres y solo un 20% de los casos fueron llevados a tribunales. Otros organismos públicos, como ISDEMU (Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer), informan que el 60% de las 7.582 denuncias registradas entre la segunda mitad de 2004 y la primera mitad de 2005, corresponde a violencia intrafamiliar, de las cuales el 93,23% fueron interpuestas por mujeres. A su vez, con relación a las denuncias de las mujeres por violencia intrafamiliar, se registró durante el periodo de 2005 un incremento del 22% con respecto al año anterior (ISDEMU, 2005). Las estadísticas disponibles del Instituto de Medicina Legal de la Corte Suprema de Justicia de El Salvador evidencian que la mayoría de los casos de violencia física intrafamiliar contra las mujeres son cometidos por el esposo, compañero o ex compañero de vida. Así lo reflejan el 68,2% de los casos registrados en el año 1999, y el 70,7% un año después. ISDEMU, por su parte, identifica a la pareja masculina como maltratadora en el 85,8% de los casos registrados entre 2001 y 2003. En torno a un tercio de las lesiones mostradas por las mujeres fueron manchas o señales en la piel como consecuencia de

los golpes, cerca de un 10% sufría heridas de diversa índole y aproximadamente un 5% mostró hematomas (Gaborit, 2005). En un estudio publicado recientemente, se encontró que las mujeres salvadoreñas que eran maltratadas físicamente eran víctimas de una gran variedad de agresiones incluyendo los niveles más graves, así, un 18,4% declaró haber sido amenazada con algún arma por parte de su pareja, y un 17,2% había necesitado asistencia médica por las lesiones sufridas (Sierra et al., 2009). Por otro lado, parece ser que son las mujeres salvadoreñas más jóvenes el foco principal de violencia en el hogar. La Encuesta Nacional de Salud Familiar (2002-2003), identificó que el 54,9% de las víctimas eran mujeres de edades comprendidas entre los 15 y 29 años. La Policía Nacional Civil, por su parte, informó que más de la mitad de los casos de violencia investigados fue contra mujeres menores de 30 años. En cualquier caso, son las mujeres que aún están estudiando, las que tienen un bajo nivel educativo y las analfabetas las más vulnerables a sufrir violencia. Pero son, sobre todo, las amas de casa las mujeres que con más frecuencia reciben maltrato en sus hogares, como argumenta ISDEMU, con una tasa del 65,3% de mujeres atendidas sin un trabajo remunerado (Gaborit).

La Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida de El Salvador (2006), llevó a cabo una investigación donde se analizó el tratamiento que la prensa le daba al problema de la violencia contra de la mujer en el país. Se encontró que el 87,2% de los casos de violencia de género registrados eran homicidios y casos de violencia sexual, y la prensa solo dio cobertura a los casos de extrema violencia, pasando por alto los casos de violencia física y psicológica. Con estos datos, esta asociación de mujeres denuncia que la falta de información sobre estadísticas reales respecto a la violencia contra las mujeres en El Salvador obstaculiza la visibilización de la verdadera magnitud del problema. A su vez, desde distintos sectores feministas llaman la atención sobre el hecho de que los datos ofrecidos por los organismos públicos, a menudo difieren mucho de los recopilados por asociaciones y movimientos de mujeres no gubernamentales, tanto nacionales como internacionales, que constatan una mayor gravedad del asunto.

Por otro lado, no son menos sorprendentes los resultados obtenidos en un sondeo nacional realizado por el Instituto Universitario de Opinión Pública de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (2005) que en el año 1999 revelaba

datos alarmantes sobre las actitudes hacia la violencia y el desconocimiento de las medidas adoptadas por parte de la población salvadoreña. Por ejemplo, un 32% de la población femenina consideraba que es el maltrato o la violencia intrafamiliar el problema que más afecta a las mujeres del país. Sin embargo, el 84,2% reconocía no conocer servicios del gobierno dirigidos a mujeres, y un 29,3% consideró que estos servicios eran poco efectivos. El 41,8% reconoció no saber dónde acudir en caso de tener que hacer una denuncia sobre la violación de algún derecho como mujer. Con respecto a las actitudes hacia el marido, el 70,4% consideraba que la mujer debe estar dispuesta siempre a complacer a su marido y el 63,6% indicaba que la mujer debe conformarse con lo que el compañero le da. Finalmente, más de la mitad de la población (el 53,7%) manifestaba que la violencia en la casa es un asunto privado en el que nadie debe inmiscuirse.

En consonancia con la opinión pública general y las actitudes que muestra la población hacia la violencia contra las mujeres, existe una importante falta de sensibilización sobre este problema social también en el ámbito gubernamental salvadoreño como evidencian la escasez de medidas políticas específicas para atajar el problema y el deficiente sistema de recopilación de estadísticas. Aún así, algunas de las acciones que se han llevado a cabo a nivel nacional en los últimos años fueron la aprobación, en 1995, de la Ley contra la Violencia Intrafamiliar que contemplan medidas cautelares y preventivas para proteger a las víctimas de violencia en el hogar ya sean mujeres, niños o ancianos. Ese mismo año, El Salvador participó en el acuerdo firmado por La Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belem do Pará) que regula de forma explícita las medidas tomadas para combatir la violencia contra la mujer. Y tres años después se suscribió a la Comisión para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer donde los estados miembros se comprometieron a poner en marcha los mecanismos legislativos, judiciales y administrativos para acabar con la discriminación de la mujer (Urquilla, 2005). No obstante, y como ya se señaló anteriormente, si estos compromisos internacionales no van acompañados de otras medidas legales y políticas en el ámbito nacional con una evidente concienciación de género, corren el riesgo de perder su eficacia. Y este hecho, a menudo, tiene un claro reflejo en la insuficiente respuesta de las instituciones salvadoreñas hacia las víctimas



de violencia de género. Así, por ejemplo, la policía que, frecuentemente, son los primeros en intervenir en los casos de violencia, tienen una respuesta inadecuada siendo muy extendidos el uso de estereotipos y mitos de tipo machista entre dichos profesionales. La resistencia al cambio y la falta de aplicación de los nuevos procedimientos legales convierten en ineficaces las medidas tomadas para hacer frente al problema (Sagot, 2005).

A pesar de lo alarmante de las cifras expuestas a lo largo de este capítulo, aún en la actualidad la violencia contra las mujeres en El Salvador no es considerada un problema grave por la población general del país (Madrigal y Tejeda, 2009). Bien sabido es que la guerra civil tuvo graves consecuencias para la población salvadoreña y que el alto grado de violencia se mantuvo durante los años de la pos-guerra, sin embargo el presente no es más alentador. La violencia sigue estando a la orden del día, y la crisis mundial, el fenómeno tan extendido de la emigración y la pobreza afecta gravemente al país. Tanto es así que se ha registrado un mayor índice de asesinatos en 2005 que el de 1989. Y aunque existen por lo general más muertes de hombres que de mujeres, se ha observado un considerable aumento del número de asesinatos de mujeres entre los años 2001 y 2004 (Madrigal y Tejeda).

En síntesis, los datos a los que se ha hecho referencia en este apartado, pretenden orientar sobre el grave problema que la violencia contra la mujer supone actualmente para la sociedad salvadoreña y para la salud pública de este país. Sin embargo, resultan limitados para conocer en mayor profundidad la magnitud real del fenómeno y las consecuencias que supone para las mujeres y para la población general y el desarrollo social, político y económico en El Salvador. No obstante, sí desprenden algunas pistas en relación a las deficiencias del sistema para hacer frente a dicha problemática y la falta de presupuestos y recursos dirigidos a asistir y recuperar la salud y el bienestar psicológico de las víctimas.

## **4.- CARACTERÍSTICAS PSICOSOCIALES DE LAS MUJERES MALTRATADAS POR SUS PAREJAS Y DE SUS AGRESORES**

---

### **4.1. Características sociodemográficas y de la salud de las mujeres maltratadas y de sus parejas agresoras**

#### **4.1.1. Características sociodemográficas y de la salud de las mujeres maltratadas por su pareja**

##### **4.1.1.1. Características sociodemográficas de las mujeres maltratadas por su pareja**

##### **4.1.1.2. Estado de salud de la mujer maltratada por su pareja**

##### **4.1.1.3. Adicciones de la mujer maltratada por su pareja**

#### **4.1.2. Características sociodemográficas y de la salud de los hombres que maltratan a sus parejas**

##### **4.1.2.1. Características sociodemográficas del hombre maltratador**

##### **4.1.2.2. Estado de salud del hombre maltratador**

##### **4.1.2.3. Adicciones del hombre maltratador**

### **4.2. Transmisión intergeneracional de la violencia**

A lo largo de estos años de investigación en que el problema de las mujeres maltratadas por su pareja ha despertado gran interés general, muchos han sido los esfuerzos por lograr identificar una población de riesgo que permitiera diseñar y dirigir políticas de prevención. Sin embargo, en la actualidad, existe evidencia empírica de que este no es un problema propio de las clases desfavorecidas ni está relacionado con una psicopatología concreta o con unas características psicosociales determinadas. La evidencia empírica muestra que se trata de un fenómeno universal, puesto que afecta a mujeres de todos los niveles sociales, culturales y económicos (Walker, 1999). Además se ha planteado que es un problema que adopta la connotación de “social” porque surge de una base de educación patriarcal en la que se configuran la mayoría de las estructuras sociales. Además, los datos disponibles permiten afirmar que no existe un “perfil” de mujer maltratada. No obstante la bibliografía sí plantea la existencia de una serie de características comunes de los hombres maltratadores. El objetivo de este capítulo es revisar una serie de factores que han sido estudiados y analizados en la bibliografía especializada, tanto respecto a las mujeres maltratadas como a sus parejas violentas, así como la posible influencia de la transmisión intergeneracional de estos patrones de comportamiento en la perpetuación de las dinámicas de violencia hacia la mujer.

En el primer subepígrafe, por tanto, se hará una revisión de las investigaciones que han tenido como objeto describir el tipo de población que experimenta el problema del maltrato a la mujer por su pareja. Para ello, se distribuirá en dos puntos diferenciados, un primer punto referido a las mujeres maltratadas por sus parejas. De este modo se revisarán los estudios que aporta la bibliografía especializada donde se analizan las características sociodemográficas, de salud y el consumo de alcohol y drogas de las mujeres víctimas de violencia como variables anteriores al maltrato. En el segundo punto, se revisaran, de igual manera, las variables sociodemográficas, de salud y el consumo de alcohol y drogas de los hombres que maltratan a sus parejas.

El segundo epígrafe trata, como ya se ha dicho, de la transmisión intergeneracional de la violencia. Para ello se revisarán las investigaciones que han analizado el historial de violencia en las familias de origen tanto de los hombres maltratadores como de las mujeres víctimas. En este apartado se abordará la cuestión

relacionada con las evidencias a favor y en contra de que la experiencia de haber sido víctima y/o testigo de maltrato a la madre en la familia de origen sea un factor de riesgo o precipitante de la reproducción de estas dinámicas en la edad adulta.

#### **4.1. Características sociodemográficas y de salud de las mujeres maltratadas y de sus parejas agresoras**

Desde que el maltrato a la mujer por su pareja empezó a ser objeto de estudio empírico, se han hecho varios esfuerzos por determinar cuáles son los factores de riesgo de dicha violencia con el fin de poder prevenirla y realizar intervenciones más ajustadas a sus características. Así, son muchos los estudios que han pretendido describir esta población analizando sus características sociodemográficas, niveles educativos, situación laboral, consumo de alcohol y otras drogas, actitudes y creencias, experiencias de violencia en la familia de origen y características psicológicas y de salud mental, tanto de las víctimas como de los agresores.

Heise y García-Moreno (2003) plantean, sin embargo, que el carácter transversal de la mayor parte de estos estudios y la escasez de factores predictores explorados, así como la inclinación para analizar sobre todo aspectos individuales, limitan la utilidad de los mismos. Aún así, las diversas investigaciones indican que es una conjunción de variables individuales, circunstanciales, culturales y sociales las que determinan la ocurrencia del maltrato a la mujer por su pareja (Moreno, 1999).

A nivel comunitario, se señala que un factor común en todas las culturas que determina el que exista la violencia contra la mujer como problema social es la interacción entre el género y las estructuras políticas, creencias religiosas, actitudes hacia la violencia en general, y actitudes hacia la violencia contra de la mujer en particular. Además, los conflictos civiles, las guerras y la migración en países con estos problemas, contribuyen a la vulnerabilidad de la mujer ante la violencia, tanto dentro como fuera de sus casas ya que, a lo largo de la historia, la violación de mujeres y el maltrato físico de las mismas ha sido considerado como un botín de guerra (Walker, 1999). No obstante, en base a la revisión que hace dicha autora de investigaciones desarrolladas en países muy diferentes y, por tanto, culturalmente dispares, se aprecia que existen más similitudes que diferencias en el aspecto social del maltrato a la mujer por su pareja. Así, por ejemplo, parece ser que es la naturaleza patriarcal de las

estructuras sociales de los distintos países de África, que concede la supremacía al hombre y relega a la mujer a un papel subordinado, la culpable en gran parte de la alta prevalencia de maltrato hacia la mujer y del feminicidio por parte de la pareja en este continente (Alao, 2006). La religión en los países de origen musulmán, del mismo modo, hacen más vulnerable a la mujer de ser maltratada (Echeburúa et al., 2008) y también en otras religiones se considera que el hombre tiene un estatus superior a la mujer. Otros autores, sin embargo, plantean que la adopción por parte de las mujeres de nuevos roles en el actual mundo occidental podría hacer tambalear la identidad tradicional del hombre, la cual no sabría como afrontar (Urrea, 2007). En cualquier caso, se trata de relacionados con las desigualdades de género y tanto el maltrato a la mujer por su pareja como el asesinato de las mismas, es un hecho que ocurre en mayor o menor medida en todos los países del mundo. Por tanto, se ha planteado que son las actitudes hacia la agresión masculina, los roles tradicionales de género y el desequilibrio de poder entre hombres y mujeres, los desencadenantes más probables de la violencia contra las mujeres y los culpables de su continuidad.

Las atribuciones que se hacen en relación a la violencia contra las mujeres y la aceptación de la misma en el seno de la familia y en la sociedad en general varían, sin embargo, de unas culturas a otras encontrándose las mayores diferencias entre países más desarrollados y con mayor poder económico y países en vía de desarrollo. Así, mientras Ellsberg, Peña et al. (1999, 2000) comprobaron que el maltrato a las mujeres era un hecho muy extendido y aceptado en Nicaragua, donde las mujeres incluso justificaban y hacían atribuciones de la violencia externas al maltratador, en otro estudio en Reino Unido donde se les preguntó a las propias víctimas sobre los motivos por los que creían que habían sido maltratadas, éstas tendían más a centrar la responsabilidad en su pareja agresora y en sus circunstancias particulares (Galvini, 2006). De esta forma, las mujeres maltratadas reconocían no tener la capacidad de evitar la agresión ya que esta dependía exclusivamente del maltratador, y no de lo que ellas hicieran. Además observaban que factores precipitantes tales como el abuso de alcohol, influían sobre la conducta violenta de su pareja hacia ellas, aunque no en su conducta violenta en general, y que las agresiones que sufrían solían ser en privado debido a que socialmente no está aceptada la violencia. Asimismo, estas mujeres toleraban menos el maltrato como un hecho cotidiano en sus vidas.

Se han buscado, a través de múltiples investigaciones, algunas claves sociodemográficas de las parejas que tienen un historial de violencia con el fin de intentar identificar una población de riesgo. Así por ejemplo, Echeburúa et al. (2008) encuentran un mayor índice de denuncias en un tipo de población de clase social media-baja o baja, joven, con hijos, bajo nivel de estudios, con trabajos poco cualificados y altos índices de desempleo. En la mayoría de los casos son parejas que llevan conviviendo un largo periodo de tiempo, a pesar de su juventud, y que en muchas ocasiones están separados o en trámites de separación. También destacan que una alta proporción de denuncias pertenezcan a parejas de inmigrantes y que sean ellos, además, los que ejerzan los grados de violencia más graves.

Existen también estudios que sugieren que la causa del maltrato a la mujer por la pareja reside en el desequilibrio psicológico de los miembros de la misma. Así, Danielson, Moffitt, Caspi y Silva (1998) advierten una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos en parejas donde hay relación violenta, tanto en las mujeres víctimas como en los hombres perpetradores. En las mujeres señalan la presencia de depresión mayor, desórdenes alimenticios y un mayor consumo de sustancias, como factores epidemiológicos de sufrir maltrato. Otros autores consideran que son las mujeres con baja autoestima las más propensas a caer en relaciones sentimentales violentas (Mills, 1984). Del mismo modo, se ha identificado el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) como un factor que aumenta el riesgo de que una mujer continúe sufriendo violencia por parte de la pareja (Krause, Kaltman, Goodman y Dutton, 2006). Dichos autores plantean que la privación emocional que muchas mujeres experimentan como consecuencia del maltrato puede suprimir la ansiedad que anticiparía una situación de peligro exponiéndola a un mayor riesgo de abuso. En los hombres, Danielson et al. señalan una mayor probabilidad de personalidad antisocial. Además, en ambos sexos se ha relacionado la severidad de la violencia ejercida o sufrida con rangos más altos de psicopatología, desórdenes que complicarían más aún el cuadro clínico y el posible tratamiento. No obstante, estos trastornos psicopatológicos son insuficientes a la hora de explicar el maltrato a la mujer por su pareja, ya que sólo sería atribuible a una minoría de los casos (Heise y García-Moreno, 2003). Se ha planteado que, por tanto, es más útil establecer unos factores de riesgo concernientes a las características sociodemográficas y de salud que pueden favorecer el que aparezca el maltrato, pero

sin perder de vista que dichos indicadores siempre van unidos a las estructuras sociales y culturales de cada país (Deveci, Acik, Gulbairak, Tokdemir y Ayar, 2007).

#### 4.1.1. Características sociodemográficas y de salud de las mujeres maltratadas por su pareja

En lo que concierne a la víctima, se ha planteado que, si algo caracteriza a la mujer maltratada es la gran heterogeneidad de sus condiciones sociodemográficas, es decir, no existe un perfil de mujer maltratada. Diversas investigaciones así lo corroboran tras varios intentos por determinar grupos de riesgo a través de estudios descriptivos de esta población (Alberdi y Matas, 2002; Ellsberg et al., 2008; Fontanil et al., 2005, 2002; Matud, 2004b). Por otro lado, es un tema muy difícil de comprobar ya que es un delito que se denuncia muy poco y por tanto, no se tienen todos los datos que permitan la elaboración de un perfil de riesgo de este problema. Aún así, la bibliografía especializada sobre el tema sí establece ciertas claves sociodemográficas y de salud que sitúan a la mujer en una situación de mayor peligro de ser víctima del maltrato por parte de su pareja así como la dificultad de escapar de esta circunstancia, sin que por ello éstas claves se den de forma universal en todos los casos.

##### *4.1.1.1. Características sociodemográficas de las mujeres maltratadas por su pareja.*

El maltrato a la mujer por su pareja puede ocurrir a mujeres de cualquier edad, nivel educativo y clase social. Si bien, como apoya la bibliografía especializada, los índices de prevalencia pueden estar relacionados con algunas variables sociodemográficas de las mujeres víctimas de violencia. De esta forma, en estudios con muestras clínicas se ha encontrado que vivir en una comunidad marginal, ser testigo de violencia en la familia de origen, el alto desempleo y los recursos y el apoyo social limitados crean una atmósfera propicia para la violencia doméstica a las mujeres por parte de sus parejas (James, Jonson y Raghavan, 2004). No obstante, parece existir una mayor diversidad en las características sociodemográficas de las mujeres en investigaciones desarrolladas con muestras de la población general que con muestras clínicas, un dato a tener en cuenta para un mejor entendimiento del problema (McPherson, Delva y Cranford, 2007).

Algunos de los indicativos sociodemográficos documentados a través de las investigaciones descriptivas de esta población son la edad y el nivel educativo. En España por ejemplo, Fontanil et al. (2005) encontraron que no había diferencias significativas en cuanto a edad y nivel de estudios entre las mujeres maltratadas por su pareja y las que no lo habían sido. A la misma conclusión llegaron Ellsberg et al. (2000) en una amplia investigación realizada en Nicaragua. Sin embargo, Echeburúa et al. (2008), tras analizar los casos de denuncia por malos tratos en el País Vasco, encontraron que la juventud era una característica muy común de las víctimas, las cuales además solían ser más jóvenes que sus agresores. Por otro lado, encontraron niveles de maltrato más graves en estas mujeres más jóvenes las cuales, además, solían ser más dependientes emocional y económicamente, lo que las hacía más vulnerables a la violencia más grave. Domínguez et al. (2008), por su parte, afirman que el mayor porcentaje de denuncias, según los datos del Ministerio del Interior en 2007, correspondía a mujeres cuyo rango de edad estaba entre los 31 y los 40 años, seguida de las mujeres que tenían entre 21 y 30 años.

McPherson et al. (2007) encontraron en EEUU una relación inversa y significativa entre la edad de las mujeres y la posibilidad de ser víctima de maltrato por parte de sus parejas. Así, eran las mujeres más jóvenes las que con más frecuencia sufrían violencia. También, en un estudio realizado con mujeres que acudían a los servicios de atención primaria de varios hospitales estadounidenses, se vio que eran las de edades comprendidas entre los 19 y 29 años, las que experimentaban con mayor frecuencia maltrato por parte de su pareja (Bauer et al., 2000). Pero estos autores no encontraron índices de prevalencia distintos en función del nivel educativo y del empleo. No obstante, el estudio Multipaís de la OMS (2005) sí sugiere un efecto protector del nivel educativo de las mujeres, sobre todo cuando éstas han cursado estudios superiores a la escuela secundaria, encontrando en muchos países una reducción de la frecuencia de la violencia en las relaciones de pareja en las mujeres con mejor preparación.

En el estudio de Ellsberg, Peña et al. (1999), llevado a cabo en Nicaragua, se encontró que el maltrato a la mujer por parte de su pareja se asociaba con la pobreza. También se encontró una relación significativa entre un nivel socioeconómico bajo y mayores índices de violencia doméstica en la mujer en el estudio que Cevallo, Ramírez,



Castillo, Caballero y Lozoff (2004) llevaron a cabo con 215 madres residentes principalmente en los barrios periféricos de Santiago de Chile. En un estudio desarrollado en Australia se encontró que el hecho de haber experimentado maltrato por parte de la pareja alguna vez en la vida estaba asociado con dificultades económicas y vivir en zonas rurales o periféricas de las ciudades (Loxton, Schofield y Hussain (2006). Heise y García-Moreno (2003) señalan igualmente la pobreza como factor de riesgo de la violencia contra las mujeres, y plantean que la falta de recursos económicos puede dificultar a la víctima de malos tratos dar por terminada la relación. En España, se ha encontrado que tener bajos recursos económicos se asocia con todos los tipos de maltrato por parte de la pareja, excepto con la violencia basada en el maltrato emocional únicamente (Ruiz-Pérez et al., 2006).

Varios estudios señalan la pobreza y la etnia (teniendo en cuenta que en muchas ocasiones la etnia se relaciona con unas circunstancias sociodemográficas concretas) juegan un papel importante en la violencia por parte de la pareja. Advirtiéndose, sin embargo, que estas investigaciones deben ser tratadas con cautela ya que al interpretar los resultados se puede confundir el nivel socioeconómico con la etnia de estas mujeres (Koss et al., 2003; Lipsky y Caetano, 2007). Por su parte, Alberdi y Matas (2002) resaltan que el maltrato a la mujer por su pareja está presente en todas las clases sociales sin distinción, sólo que el conocimiento social de éste es mayor en los estratos más desfavorecidos debido a que estas mujeres recurren con más frecuencia a entidades públicas, en contraposición con las mujeres de niveles económicos más elevados que tienden a acudir a instancias privadas (Bosch y Ferrer, 2003). Así pues, parece ser que una mujer de cualquier condición social, económica o cultural es vulnerable a sufrir una situación de maltrato, aunque el riesgo y el conocimiento público del mismo sean más patentes en los niveles socioeconómicos más bajos.

Parecen existir más evidencias en relación a las circunstancias concretas del estado civil de las mujeres que sufren violencia por parte de su pareja, aunque éstas también pueden variar de unas culturas a otras. En un estudio desarrollado en Australia, donde se evaluó una amplia muestra de mujeres de mediana edad, se encontró que aquellas que no tenían pareja en el momento de la evaluación tenían hasta tres veces más probabilidad de haber sido víctimas de una relación sentimental violenta (Loxton

et al., 2006). En España, informar de haber sido víctima de algún tipo de maltrato por parte de la pareja se relacionaba en mayor medida con estar separada, divorciada o huída del hogar familiar, que estar casada o soltera, siendo además un escaso apoyo social y familiar una circunstancia frecuente en estas mujeres (Ruiz-Pérez et al., 2006). Similares resultados encontraron Bauer et al. (2000) con mujeres estadounidenses, en los que al grupo de mujeres separadas y divorciadas se unían con mayor prevalencia de maltrato, las que nunca habían estado casadas. En el Estudio Multipaís de la OMS (2005) se comprobó, a través de investigaciones con muestras comunitarias de diferentes países, que eran las mujeres que convivían con sus parejas sin estar casadas las que presentaban mayores riesgos de sufrir violencia.

Pero la evidencia empírica no es completa ya que en algunos estudios no se han encontrado diferencias en el maltrato a la mujer por su pareja en función del estado civil. Por ejemplo, Ellsberg, Peña et al. (1999), en Nicaragua, no encontraron ninguna relación entre ser víctima de violencia por parte de la pareja y el estado civil. Y al igual que sus colegas nicaragüenses, Cevallo et al. (2004) tampoco encontraron relación alguna entre maltrato y estado civil de las mujeres chilenas. Estas diferencias en los resultados de los estudios puede ser debidas a cuestiones metodológicas relacionadas con el tamaño de la muestra o con la forma de recoger esta información, ya que en los países en vías de desarrollo, dónde están llevadas a cabo gran parte de estas investigaciones, el no estar casadas legalmente suele suponer un estigma para la mujer situándola en una posición de especial vulnerabilidad ante la ley. En otros países en vías de desarrollo, como por ejemplo muchos de los países de Latinoamérica, es mucho más frecuente que las parejas vivan bajo el mismo techo sin estar casadas. En cualquier caso, parece ser que es cuando las mujeres deciden separarse de sus parejas, o cuando están en trámites de separación, cuando suelen surgir los niveles más severos de violencia, sobre todo si existen ciertos aspectos que siguen uniendo de alguna forma a la pareja. Es por ello, que las redes de apoyo social y familiar adquieren una importante función protectora ante los episodios de maltrato más grave e, incluso, pueden ayudar a evitar las frecuentes retiradas de las denuncias por parte de la víctima en estos casos (Echeburúa et al., 2008).

En ocasiones se ha sugerido que el haber tenido anteriores parejas maltratadoras puede incidir en la probabilidad de nuevas experiencias de violencia en el

seno de una relación sentimental. Krause et al. (2006) encontraron que la severidad del maltrato experimentado en el pasado y la duración de las relaciones violentas aumentaban la probabilidad de re-victimización en las mujeres. Sin embargo, en un estudio longitudinal desarrollado en EEUU, sólo cuatro de las 280 mujeres entrevistadas volvieron a tener relaciones de pareja violentas (Bassuk, Dawson y Huntington, 2006). En ocasiones, la re-victimización de las mujeres parte de otras formas de violencia en diferentes etapas de la vida. De esta forma, Clark y Foy (2000) encontraron que en torno a la mitad de las mujeres maltratadas por su pareja entrevistadas en su estudio habían sufrido abusos sexuales durante la infancia.

La situación laboral de la mujer puede constituir un factor protector para las víctimas de violencia doméstica ya que les permite disponer de más recursos económicos, y consecuentemente, de mayor independencia para poder abandonar una relación abusiva. Pero es muy frecuente que las mujeres que están siendo maltratadas por sus parejas no puedan acceder o mantener unas circunstancias laborales adecuadas. Aún así, no hay unanimidad en los datos aportados por las distintas investigaciones. Fontanil et al. (2005), en España, encontraron que eran las mujeres víctimas de maltrato las que presentaban peores condiciones laborales debidas fundamentalmente a una menor proporción de trabajo a jornada completa y a más bajas por enfermedad. Browne, Salomon y Bassuk (1999) encontraron que son las mujeres que viven en una circunstancia de violencia a las que les resulta más difícil mantener una estabilidad en el trabajo a lo largo del tiempo. Ellsberg et al. (2008), en cambio, no encontraron relación significativa entre ser víctima de maltrato y el tipo de trabajo desempeñado en su estudio realizado en Nicaragua. Tampoco Loxton et al. (2006) encontraron ninguna relación entre la situación de empleo de las mujeres y la experiencia de violencia doméstica. Tolman y Rosen (2001) no encontraron ninguna relevancia de la experiencia de maltrato por parte de la pareja, en la actualidad o en el pasado, en el número de horas destinadas al trabajo a la semana. Y Bassuk et al. (2006) constataron que trabajar más horas a la semana no minimizaba en las mujeres el riesgo de sufrir maltrato por parte de sus parejas, sino que la probabilidad de sufrir violencia era la misma.

Tal discrepancia en los resultados puede ser debida a diferencias culturales ya que, mientras en muchos países en desarrollo la mujer suele ser el principal sustento

económico de la familia a través de trabajos poco cualificados, independientemente de que esté sufriendo violencia en el hogar, en países más avanzados la estructura familiar se organiza de manera que el hombre suele cumplir el rol de aporte económico al hogar. Los resultados de los estudios indican que, en general, el maltrato por parte de la pareja parece interferir no tanto en las condiciones de trabajo o el número de horas, sino en el mantenimiento y estabilidad de los puestos, lo que puede repercutir finalmente en unas peores condiciones laborales a largo plazo de las mujeres maltratadas por su pareja (Tolman y Rosen, 2001).

Parece existir una relación positiva entre ser víctima de maltrato por parte de la pareja y ser madre de muchos hijos. Fontanil et al. (2005) encontraron que estas mujeres eran las que tenían un mayor número de hijos en comparación con las mujeres que no habían sido víctimas de violencia. Ellsberg, Peña et al. (1999) observaron que era más probable que tuvieran más de cuatro hijos las mujeres nicaragüenses víctimas de maltrato. En España, Ruiz-Pérez et al. (2006), constataron que existía una relación entre tener más de tres hijos y haber experimentado todos los tipos de maltrato por parte de la pareja. Según estos autores, este hecho puede ser debido a que las mujeres que tienen más hijos también son más dependientes emocional y económicamente de sus parejas por lo cual les resulta más difícil abandonar una relación sentimental de maltrato. En otro estudio con mujeres turcas, se encontró que ser víctima de violencia física por parte de la pareja era directamente proporcional al número de hijos, los años de duración del matrimonio, y a los hábitos de abuso de sustancias por parte del hombre. Además, la violencia contra la pareja se asociaba con bajos ingresos económicos mensuales y con bajos recursos por persona en las familias de las que procedían estas mujeres víctimas de maltrato (Deveci et al., 2007). Ser madre por primera vez a una edad muy temprana es la clave, según McPherson et al. (2007), de que tener hijos constituya un factor de riesgo para ser víctima de violencia en la pareja. Se ha planteado que, ser madre y joven, además de tener pocos recursos, aumenta la dependencia material de la pareja y por ende, la incapacidad de escapar de la relación de maltrato.

#### *4.1.1.2. Estado de salud de la mujer maltratada por su pareja*

Los estudios sobre el estado de salud de las mujeres maltratadas por su pareja indican que no hay suficientes evidencias de que las mujeres que son maltratadas por su

pareja tengan antecedentes de problemas de salud mental, previos a sufrir dicha violencia. Además, las investigaciones no son capaces de determinar que estos problemas antecedan a la ocurrencia del maltrato y no sean consecuencia de la violencia. Aún así, el diagnóstico de trastorno afectivo aparece en algunos estudios como un precedente de ser víctima de violencia doméstica (Krause et al., 2006; McPherson et al., 2007). No obstante, en el estudio de McPherson et al. no se encontró asociación con otros trastornos como el psicótico, ni siquiera con la duración de la enfermedad, aunque sí encontraron estos autores una relación positiva y significativa entre sufrir maltrato por parte de la pareja y el número de hospitalizaciones por enfermedad mental.

Hay autores que señalan el estado de embarazo de la mujer como un importante factor de riesgo que puede predecir el inicio de la violencia por parte de la pareja. Ya sea por la duda de paternidad por parte del cónyuge (Campbell, 1998), o por el giro que presumiblemente va a experimentar la familia con la llegada de un nuevo miembro que amenaza con desestabilizar el equilibrio emocional del padre (Hirigoyen, 2006), un embarazo puede constituir un factor de vulnerabilidad para mujeres con parejas violentas. De hecho, hay estudios que muestran una mayor prevalencia del maltrato durante el periodo de gestación de la mujer (Burch y Gallup, 2004). También se ha planteado que es frecuente que cambie el tipo de violencia que la mujer sufre durante este periodo en el que ella se muestra más vulnerable, siendo en ocasiones un maltrato más intenso. Pero la evidencia tampoco es completa y en estudios con mujeres chilenas no encontró un aumento de la prevalencia del maltrato por parte de la pareja durante el embarazo de la mujer (Ceballos et al., 2004).

#### *4.1.1.3. Adicciones de la mujer maltratada por su pareja*

Muchas mujeres maltratadas por sus parejas consumidoras de alcohol y/o drogas reconocen que muchos de los episodios de violencia han ocurrido en el contexto de consumo de sustancias (Finlinson et al., 2003). La bibliografía sobre el tema aporta datos que apoyan una cierta relación entre el consumo de sustancias adictivas de las mujeres y experimentar violencia por parte de la pareja. En un amplio estudio desarrollado con parejas estadounidenses se constató que los problemas de alcohol y drogas de las mujeres incrementaba el riesgo de sufrir maltrato por parte de sus parejas

(Cunradi, Caetano y Schafer, 2002). En otro trabajo con mujeres que recibían asistencia por el consumo de sustancias se encontró que casi la mitad de ellas eran, además, víctimas de maltrato por parte de sus parejas (James et al., 2004). Datos muy similares aportan Finlinson et al. (2003) en su estudio con mujeres y hombres puertorriqueños consumidores de droga inyectada y crack. En este caso casi el 50% de las mujeres reconocía haber sufrido maltrato físico por su pareja o ex-pareja, además, era muy común que hubieran sufrido abusos en otras etapas anteriores de su desarrollo. Además, dicha circunstancia se relacionó con niveles más graves de drogadicción. Pero también en este tema los resultados de las distintas investigaciones resultan contradictorios. Roizen (1993), en un estudio realizado en EEUU con parejas hispanas, registró que las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas que habían bebido alcohol eran el 20% de los casos, frente al 45% de sus agresores. Y, en algunos casos, las mujeres víctimas han reconocido minimizar o limitar el consumo de alcohol por preservar su propia seguridad y la de sus hijos frente a las agresiones del hombre (Galvini, 2006).

Bassuk et al. (2006) afirman que no existe ninguna relación entre el consumo de sustancias adictivas por parte de las mujeres y experimentar maltrato por parte de la pareja. A la misma conclusión llegaron Salomón, Bassuk y Hutington (2002) en su estudio donde la relación entre violencia por parte de la pareja y la consecuente adicción a las drogas fue mucho más fuerte en el caso de las mujeres que no tenían un historial anterior de consumo de sustancias. En cambio, en un estudio con mujeres diagnosticadas con alguna enfermedad mental, se encontró que el abuso adicional de sustancias aumentaba significativamente la probabilidad de experimentar violencia en la pareja, aunque no llegaba a establecerse una clara relación causal (McPherson et al., 2007). Del mismo modo Cunradi et al. (2002) apuntan a ciertos trastornos psiquiátricos en mujeres con adicción a las drogas como un factor relevante en la mayor probabilidad de maltrato por parte de la pareja. Pero el hecho de que tales circunstancias puedan favorecer la ocurrencia del maltrato en las mujeres no lo convierte en una variable causal. Además, muchas de estas investigaciones no alcanzan a determinar si el consumo de sustancias en mujeres maltratadas por su pareja cumple un rol causal o, por el contrario, es una consecuencia de la violencia. Así, en un estudio longitudinal con muestras clínicas en EEUU, se encontró que existía una relación bidireccional entre el consumo de drogas y la probabilidad de ser maltratada por parte de la pareja entre las

mujeres que participaban en programas de rehabilitación con metadona, esto es, el consumo de drogas era antecedente y consecuente de la violencia experimentada en su relación sentimental. En este sentido parece tener un importante papel el tipo de sustancia consumida. Así por ejemplo, Burke, Thieman, Gielen, O'Campo y McDonnell (2005) diferencian en su estudio entre el consumo de drogas duras y blandas encontrando que las mujeres consumidoras de drogas inyectadas tenían una mayor probabilidad de ser maltratadas física o sexualmente que las que consumían otro tipo de drogas menos severas. El-Bassel, Gilbert, Wu, Go y Hill (2005), por su parte, observaron que el consumo frecuente de crack y marihuana, y en menor grado, de cocaína, aumentaba la probabilidad en la mujer de sufrir maltrato físico y sexual posteriormente por su pareja. Estos autores opinan, a raíz de los resultados de su estudio, que el consumo de crack a menudo está relacionado con las clases sociales más bajas, donde los problemas económicos y la violencia generalizada son frecuentes, lo cual podría explicar dicha asociación. En el caso de la marihuana, podría ser debido a que el consumo de esta droga a menudo se alterna con el abuso de otras. Por otro lado, no encontraron esta relación causal en el caso de otras drogas como la heroína o el abuso de alcohol.

En un estudio recientemente publicado Lipsky y Caetano (2007) encontraron que el uso de los servicios de urgencias de los hospitales por violencia doméstica se asociaba con el abuso de alcohol en mujeres de raza negra, y con la dependencia de drogas en mujeres blancas. En otro estudio realizado con una amplia muestra de mujeres de bajos recursos se encontró que el abuso del alcohol aumentaba hasta tres veces la probabilidad de ser maltratadas físicas y sexualmente (Burke et al., 2005). Estos datos parecen apoyar la hipótesis de que el consumo de sustancias en las mujeres maltratadas como antecedente de las agresiones sufridas por parte de la pareja, podría estar mediado por diferentes variables sociodemográficas y culturales de las mujeres víctima de violencia.

También el tipo y la intensidad del maltrato experimentado parece estar mediado por el consumo de sustancias por parte de las mujeres. Así, en el estudio de Burke et al. (2005) la mayoría de las mujeres que informaron haber sufrido violencia sexual reconocieron que habían consumido drogas. Los resultados de la investigación de Cunradi et al. (2002) apuntan a una relación entre el consumo de drogas de la mujer

y un elevado riesgo de niveles de maltrato por parte de la pareja de moderado a grave. Echeburúa et al. (2008), por su parte, encuentran que el consumo de sustancias de las víctimas, unido al aislamiento social en que en muchas ocasiones se encuentran, las coloca en una situación de especial vulnerabilidad respecto a experimentar los niveles más graves de maltrato. Y en el estudio de James et al. (2004) eran las mujeres consumidoras de cocaína las que eran agredidas de forma más violenta en comparación con muestras nacionales de la población general.

#### 4.1.2. Características sociodemográficas y de salud de los hombres que maltratan a sus parejas

Del mismo modo en que no se ha encontrado características psicológicas previas al maltrato que dibujen un perfil de riesgo en la mujer (Matud, 2004b), sí se ha constatado que los agresores suelen reunir ciertos aspectos comunes que los convierten en maltratadores potenciales de sus parejas. Se ha descrito que los hombres violentos presentan unos niveles de ira y hostilidad más altos que los que no lo hacen (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998). También se ha planteado que tienen, por lo general, baja autoestima, aunque en este sentido es significativo que los que presentan una autoestima considerablemente menor ejerzan sobretodo maltrato psicológico o emocional en contraposición a los que maltratan físicamente (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). También se relaciona la agresión psicológica hacia la pareja con tener poco auto-control sobre sí mismo (Avakame, 1998).

Se han citado en la bibliografía otras características tales como la dependencia emocional, impulsividad, tendencia a las rumiaciones, inseguridad, déficit en habilidades de afrontamiento, ansiedad, depresión y otras alteraciones emocionales, actitudes de rol tradicionales, posesividad y celos (Field, Caetano y Nelson, 2004; Foran y O'Leary, 2008; Rosen, Bartle-Haring y Stith, 2001; Stith y Farley, 1993). De hecho el carácter celoso y la necesidad de controlar permanentemente a su pareja parece ser una constante entre los hombres violentos con las mujeres. En un estudio en el que se analizó el perfil del hombre maltratador de una amplia muestra de hombres denunciados por malos tratos, se encontró que aquellos que eran culpables de los delitos más graves eran más celosos y posesivos y que, además, sentían la ruptura de la pareja como un acto de humillación hacia ellos (Echeburúa et al., 2008). Los celos, ya



sea debido a características de personalidad o a los inducidos por una situación concreta, han sido identificados por algunos autores como claro factor precipitante de violencia hacia la mujer ya que pueden ejercer un fuerte poder de provocación sobre el agresor (Foran y O'Leary, 2008). Walker (1991) identifica los celos del hombre como uno de los signos más frecuentes del maltrato a través de acusaciones persistentes y, generalmente, infundadas respecto a que la mujer mantenga un romance con otra persona ya que, según esta autora, el maltratador demanda continuamente sexo como forma de dominación y la infidelidad de la mujer supondría una amenaza a esta superioridad. Ellsberg et al. (2000), en su estudio realizado en Nicaragua, encontraron que cerca de un tercio de las mujeres entrevistadas señaló los celos de su esposo como la principal causa del maltrato. En un estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), con hombres maltratadores, encontraron que el 38% sentía celos patológicos hacia su pareja.

También se ha encontrado en los hombres agresivos altos niveles de inadaptación a la vida cotidiana y de desajuste en las relaciones de pareja. Por otro lado, la incapacidad para establecer relaciones de amistad profunda y de intimidad y, por tanto, la presencia de aislamiento social y emocional es también frecuente en los hombres maltratadores (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998; Echeburúa et al., 2008). Y el rasgo de personalidad antisocial y la sensación de aislamiento son factores que algunos investigadores han atribuido a los hombres que maltratan a sus parejas (Dixon, Hamilton-Giachritsis, Browne y Ostapuk, 2007; Dutton, 1988; Saunders, 1992).

En algunos estudios con hombres agresores también se han encontrado diferencias étnicas. En un trabajo llevado a cabo en EEUU se encontró que era más frecuente que los hombres que no eran de raza blanca informasen de episodios de violencia en la pareja (Mihalic y Elliot, 1997). En una investigación más reciente se ha identificado a las mujeres hispanas como las usuarias que más acuden a los servicios de urgencias de los hospitales estadounidenses por motivos de violencia doméstica (Lipsky y Caetano, 2007). En otra investigación, realizada también en EEUU, se encontró igualmente una prevalencia mayor de maltrato a la pareja en familias hispanas (Caetano, Schafer, Clark, Cunradi y Raspberry, 2000). En este trabajo, el grado de integración de estas parejas en la cultura norteamericana parecía ser el modulador de

los índices de prevalencia del maltrato a las mujeres, siendo aquellas parejas que se encontraban en proceso de integración en la sociedad norteamericana, a medio camino en la adaptación entre sus orígenes y los nuevos estilos de vida de la sociedad en EEUU, los que más informaron de episodios violentos en su relación. El hecho de que el grado de integración en una cultura pueda ser un factor de riesgo para la violencia doméstica puede ser debido, según estos autores, a la situación estresante en la que se encuentran por la necesidad de adaptación a otro país y el choque de sus costumbres con las nuevas, por un lado, y el enganche que todavía conservan a la cultura y tradición generalmente machistas de sus países de origen, por otro. Pero en otros estudios, también desarrollados en EEUU, no se encontraron diferencias significativas entre etnias (Bassuk et al., 2006).

Se ha planteado la existencia de distorsiones cognitivas en la mayoría de los maltratadores que les lleva a fundamentar, así como a justificar, la violencia manteniendo una serie de creencias y razonamientos erróneos. Así, en el estudio descriptivo que hicieron Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), con una muestra de 42 hombres maltratadores, éstos mostraron ideas machistas sobre los roles sexuales y casi la mitad de la muestra reconoció pensar que la mujer debe obedecer a su marido. También demostraron hacer una valoración inadecuada del significado del maltrato y de las causas del mismo llegando a reconocer la mitad de ellos que la provocación de la mujer es la causante del maltrato. Y el mismo porcentaje de maltratadores consideró que, independientemente de las causas de la violencia, siempre se trata de un asunto privado que debe quedar en la intimidad del hogar. Además, los maltratadores suelen minimizar el problema restándole importancia a pesar de que, en ocasiones, los episodios violentos fueron de extrema gravedad y frecuencia.

Finalmente, en ocasiones se ha sugerido que el fenómeno del maltrato a la mujer por su pareja se podía considerar como un desajuste más de aquellos hombres que presentan un desequilibrio previo. De esta forma, algunos autores, plantean una mayor prevalencia de enfermedad mental o de ciertos trastornos psicopatológicos en los hombres maltratadores (Black, Schumacher, Smith y Heyman, 1999; Danielson et al., 1998; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, 2008; Logan, Walker, Staton y Leukefeld, 2001). Echeburúa et al. (2008) encontraron relación entre los niveles más

graves de maltrato en la pareja con antecedentes de tratamientos psiquiátricos y con el abandono de estos tratamientos.

Otros investigadores registraron un importante número de antecedentes penales y, en menor medida, experiencias de delitos violentos, en la mayoría de los hombres maltratadores (Dixon et al., 2007; Isaac, Cochran, Brown y Adams, 1994). Los agresores más violentos también suelen tener antecedentes de violencia en anteriores parejas, violencia en general e, incluso, intentos de suicidio (Echeburúa et al., 2008). Sin embargo, la bibliografía aporta más evidencias a la hipótesis de que son una minoría los hombres que maltratan a sus parejas con trastornos psiquiátricos y/o problemas de delincuencia previos. Lo que sí parece confluir en los agresores es una serie de circunstancias individuales y características de personalidad, de tal forma que convierten al hombre en un elemento peligroso para su familia y, especialmente, para su pareja. No obstante, como afirman Unger y Crawford (1992) tales circunstancias quedan lejos de ser las causantes del maltrato a las mujeres, aunque sí puedan actuar, algunas de ellas, como variables mediadoras.

#### *4.1.2.1. Características sociodemográficas del hombre maltratador*

Las características sociodemográficas de los maltratadores descritas en las distintas investigaciones, obviamente, pueden variar dependiendo del tipo de muestra que se utilice. Así, aunque en las investigaciones basadas en la población general suele haber más variabilidad en edad, estado civil, nivel educativo y profesional y/o clase social de los hombres, en los estudios realizados con muestras clínicas se encuentra que las características de los maltratadores son más homogéneas (Logan et al., 2001). Aún así, algunos autores que han trabajado con este tipo de población establecen unos indicadores generales en un intento de aproximación descriptiva de los hombres maltratadores de sus parejas. Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) dibujan un perfil del hombre agresivo con una edad en torno a los 40-45 años, casado, con hijos y, en muchos casos, de un nivel socioeconómico medio-bajo, pero laboralmente activo.

En el estudio que llevó a cabo Moreno (1999), donde hizo un análisis comparativo de la violencia en la pareja en distintas ciudades de Latinoamérica y Europa, encontró que los hombres que más maltrataban a sus mujeres tenían entre 18 y 30 años, datos que denotan cierta juventud de los maltratadores. En la revisión de

investigaciones que Black et al. (1999) realizaron para determinar la población de riesgo, encontraron que factores como la juventud de los hombres y los bajos ingresos se relacionaban con la posibilidad de que existiera maltrato. Y también la juventud de los maltratadores se ha destacado en un análisis de sus características sociodemográficas llevada a cabo en el País Vasco (Echeburúa et al., 2008).

Heise y García-Moreno (2003) apuntan a un mayor grado de violencia en las clases sociales más bajas, como demuestran los estudios realizados en diferentes países y entornos, que puede ser debido a los bajos ingresos pero también a otros factores relacionados con la pobreza tales como el hacinamiento, la desesperanza o la mayor probabilidad de desavenencias matrimoniales en tales circunstancias. Echeburúa et al. (2008) afirman que existe una mayor probabilidad de violencia grave cuando el agresor no cumple con las órdenes de alejamiento, si no tiene apoyo social y se encuentra en desempleo o con problemas económicos. En el estudio de Moreno (1999) se encontró una relación significativa entre hacinamiento y violencia en la pareja. Cunradi et al (2002) encontraron, en su estudio con una amplia muestra de parejas estadounidenses, un mayor riesgo de maltrato severo a la mujer en parejas negras que en parejas blancas. Aunque sugieren que estos resultados pueden ser debidos, con más probabilidad, a las circunstancias socioeconómicas en las que habitualmente se encuentran las parejas negras en EEUU que a razones de etnia o raza. También constataron estos autores grados más severos de violencia en parejas que residían en zonas con altos niveles de desempleo. Y también Fernández-Montalvo y Echeburúa (2005) afirman que el desempleo es un factor que aumenta la probabilidad de maltrato a las mujeres por parte de la pareja.

Ellsberg, Peña et al. (1999), sin embargo, en su estudio llevado a cabo en Nicaragua no encontraron una asociación significativa entre el riesgo de ejercer maltrato y el nivel educativo de los hombres. En un estudio llevado a cabo en Turquía, se encontró que a mayor nivel educativo del hombre, menor era el maltrato verbal que ejercía contra la pareja (Deveci et al., 2007). Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998), por su parte, opinan que esta relación entre agresión y estatus socioeconómico y educativo puede ser debido a que estos hombres cuentan con menos recursos de este tipo que generan una mayor frustración y, por tanto, hace más probable la violencia. Pero estos resultados pueden ser debidos también a que es más fácil acceder a este tipo

de muestra de clases sociales más bajas, no queriendo decir por ello que el maltrato no ocurra en otros estratos de la sociedad (Alberdi y Matas, 2002).

#### *4.2.2.2. Estado de salud del hombre maltratador*

Además de las características de personalidad y las creencias más o menos comunes en los maltratadores, se ha estudiado también la prevalencia de trastornos psicopatológicos. En estudios llevados a cabo en Canadá y EEUU se ha encontrado que los hombres maltratadores, comparados con los no-maltratadores, mostraban más tendencia a puntuaciones altas en ciertas escalas de trastornos de personalidad antisocial, agresiva y limítrofe (Black et al., 1999). Echeburúa (1994), de igual forma, señala los trastornos de personalidad antisocial, paranoide y narcisista como las alteraciones que entrañan un mayor riesgo para la adopción de conductas violentas en el hogar. En un estudio publicado más recientemente, Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) detectaron una alta prevalencia de trastornos de personalidad en hombres encarcelados por maltrato. En concreto, encontraron que algo más de la mitad de la muestra fue diagnosticada con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, seguido, con una prevalencia menor, de trastorno dependiente de la personalidad y por último, el paranoide. Asimismo, el 14,4% mostraron indicios claros de psicopatías.

En un estudio anterior de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), con una muestra de 42 hombres maltratadores en tratamiento, encontraron que el 45% tenía antecedentes psiquiátricos, principalmente por abuso de alcohol, trastornos emocionales o problemas de pareja, proporción bastante superior a la de la población general. Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998), alegan una pequeña relación, que aunque mínima, sí existe entre violencia en el hogar y enfermedad mental. Plantean que, por ejemplo, los delirios psicóticos, combinado con el consumo de alcohol y drogas, forman un cóctel explosivo a la hora de desatar un episodio de maltrato a la pareja. Si bien, pese a esta relación encontrada, la mayor parte de los hombres que maltratan a sus parejas son personas sin ningún trastorno psicopatológico (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998; Heise y García-Moreno, 2003).

#### *4.1.2.3. Adicciones del hombre maltratador*

Se ha planteado que ciertas características psicológicas del hombre, unidas al consumo abusivo del alcohol y las drogas, pueden constituir una variable precipitante

del maltrato a la mujer por su pareja. Esta relación ha sido ampliamente documentada por la literatura especializada en el tema; tanto es así que algunos autores señalan el alcoholismo y el consumo de drogas como una de las variables desencadenantes de la violencia contra la mujer. En cuanto al consumo abusivo de alcohol, las investigaciones realizadas en diversos países encuentran una relación clara entre dicho consumo por parte del hombre y el riesgo de que su mujer sea maltratada (Cunradi et al., 2002; Ellsberg et al., 2000; Foran y O'Leray, 2008; Moreno, 1999; Rao, 1997). Así, por ejemplo, en el estudio llevado a cabo por Ellsberg et al. (2000) con mujeres nicaragüenses, más de la mitad de las mujeres maltratadas declararon que los episodios de violencia habían ocurrido normalmente estando sus parejas en estado de ebriedad, llegando a señalar un tercio de las mujeres el alcohol como la principal causa de maltrato hacia ellas. Pero en otro estudio en el que se entrevistó a mujeres que habían sufrido o estaban sufriendo violencia por parte de sus parejas en Reino Unido, la mayoría de las mujeres opinó que el consumo abusivo de alcohol no era la mejor explicación del maltrato que estaban padeciendo, sino que las razones eran circunstancias tales como estar de mal humor y factores ambientales que, sumadas al consumo de alcohol y el tipo de consumo, las que mejor podían anticipar las conductas violentas de sus compañeros (Galvani, 2006). Roizen (1993), por su parte, en un estudio realizado en EEUU encontró que, en un 45% de los casos de violencia, el hombre había bebido en el momento de agredir a su pareja; y Caetano, Cunradi, Schafer y Clark (2000) constataron distintos tipos de relación entre alcohol y violencia, según fuese el bebedor el agresor o la víctima y el tipo de consumo (ocasional, diario, adicción severa, etc.).

En cuanto al consumo de drogas, Bassuk et al. (2006) encontraron que el abuso de sustancias por parte de los hombres constituía un fuerte factor de riesgo para el desarrollo de conductas violentas contra la pareja. En un estudio realizado con hombres en tratamiento con metadona en EEUU (EI-Bassel, Gilbert, Wu, Chang y Fontdevila, 2007), se encontró que el 58% reconoció maltratar a su pareja, lo cual denota una alta prevalencia de violencia contra la mujer en este tipo de población. Otros resultados encontrados apuntan a una relación significativa entre parejas donde los dos eran consumidores de heroína, o consumían varios tipos de drogas, con maltrato grave a la mujer. En otro estudio con 500 hombres encarcelados se encontró que eran

aquellos que habían consumido, con más frecuencia y durante más años, cocaína los que habían ejercido un maltrato más severo a sus parejas (Logan et al., 2001). Pero Cunradi et al. (2002) no encontraron que el consumo de drogas del hombre constituyera un factor de riesgo para el maltrato a la mujer. Por tanto, como se puede observar, los resultados encontrados sobre la influencia del tipo de consumo de drogas en el maltrato a la mujer por su pareja, son dispares. Sin embargo, sí coinciden muchos investigadores en que el consumo de sustancias ilegales parece ser un factor de riesgo añadido, además del propio efecto producido por las drogas, en la medida en que se relaciona con mecanismos culturales que favorecen las relaciones interpersonales violentas (El-Bassel et al., 2007; Logan et al., 2001).

Por tanto, a pesar de la frecuente relación que se suele mostrar en la bibliografía entre consumo abusivo de alcohol y otras drogas por parte del hombre y mayor riesgo de agresión a la pareja, no existen datos concluyentes de que su papel sea determinante. Por ello, algunos autores han analizado la relación entre alcoholismo y adicción a sustancias ilegales con determinadas variables circunstanciales y cognitivas del maltratador, así como el peso que adquiere cada una de ellas en el desarrollo de dinámicas violentas del hombre en el contexto de una relación sentimental. Autores como Stith y Farley (1993) afirman que el alcoholismo unido al estrés marital, ser testigo de violencia en la infancia, actitudes machistas y baja autoestima del agresor puede predecir el maltrato a la mujer por su pareja. Field et al. (2004) analizaron la asociación entre consumo de alcohol y otras variables cognitivas tales como aprobación de la violencia en la pareja, la utilización del alcohol como excusa del maltrato, impulsividad, y expectativas sobre el consumo de alcohol. Encontraron que todas estas variables cognitivas eran más comunes en los hombres maltratadores, pero era la expectativa de volverse más agresivo tras el consumo de bebidas alcohólicas el factor más influyente para las posteriores conductas de maltrato a su pareja. Estos resultados, por tanto, sugieren que el consumo abusivo de alcohol puede servirle de justificante al maltratador en el cual se escuda para inflingir y después excusar su comportamiento violento.

Cunradi et al. (2002) destacan la importancia de ciertas variables circunstanciales relacionadas con el consumo abusivo de alcohol, por uno o ambos miembros de la pareja, como favorecedoras del maltrato a la mujer. Plantean que, por

ejemplo, las condiciones sociales en las que puede vivir una pareja debido a su adicción al alcohol y la situación de dependencia y la pérdida de control ocasionado por el mismo consumo pueden ser factores muy influyentes en el establecimiento de dinámicas violentas y desórdenes de pareja. Y Caetano, Schafer et al. (2000) afirman que, en la relación entre consumo de alcohol y violencia a la mujer por su pareja, adquiere más importancia tener problemas con el alcohol que los niveles de consumo. Por otro lado, autores como O'Leary y Schumacher (2003) encontraron en una muestra nacional de hombres alcohólicos en EEUU, una relación lineal, aunque muy débil, entre consumir alcohol y llegar a ejercer violencia sobre la pareja. De nuevo este estudio descarta el consumo de alcohol como un factor determinante en el maltrato a la mujer. Sin embargo, la aportación de este trabajo reside en destacar la importancia del tipo de consumo. Así, se encontró que el abuso de alcohol era un predictor más importante que la frecuencia: los hombres que consumían grandes cantidades de alcohol (cinco o más bebidas alcohólicas al día) ya fuera de forma más continuada como en ocasiones esporádicas, eran los que tenían más probabilidad de maltratar a sus mujeres.

El consumo de alcohol del hombre también parece influir en el tipo de maltrato que ejercen contra sus parejas. Algunas mujeres víctimas reconocen experimentar con más probabilidad violencia más severa o maltrato físico grave cuando sus parejas están bajo los efectos del alcohol (Galvini, 2006). Echeburúa et al. (2008) encontraron que los niveles más graves de maltrato se relacionaban con el consumo de drogas y, en menor medida, de alcohol. Una explicación a la relación entre consumo de sustancias y violencia grave la ofrecen Foran y O'Leary (2008), en un estudio realizado con una muestra de 453 parejas de la población general. Encontraron que eran los hombres con bajo control de la ira, celosos de sus parejas y con graves problemas con el alcohol, los que ejercían un maltrato físico más grave contra sus compañeras. De los resultados de este estudio cabe destacar que los celos y el bajo control de la ira son características de personalidad del hombre que constituían factores de riesgo en la posibilidad de ejercer violencia contra la pareja. Sin embargo, por sí solos, el tamaño del efecto era débil sobre la probabilidad de desencadenar episodios de violencia extrema, siendo la combinación de ambos con el abuso de alcohol el detonante de las agresiones físicas más graves. Analizando de forma independiente y combinada la



influencia de estas variables en el maltrato físico severo, los autores aseguran que son los celos y el consumo abusivo de alcohol los factores que mejor predicen los episodios de maltrato más graves, ya que la expresión de la ira puede inhibirse si no se está bajo los efectos del alcohol, pero tras un consumo abusivo la falta de auto-control se suma a este cóctel explosivo que pone a la mujer en una situación de mayor riesgo.

La influencia del consumo de alcohol en el maltrato a la mujer por su pareja es, por tanto, un tema controvertido y no exento de debate ya que, a pesar de existir cierta relación demostrada empíricamente, no es un hecho causal que permita entender y prevenir la violencia doméstica contra las mujeres. A través de múltiples investigaciones, y tras medir su efecto, se ha concluido que el consumo abusivo de alcohol es un factor influyente pero no necesario ni suficiente para que ocurra el maltrato a las mujeres por parte de sus parejas (Cunradi et al., 2002; Foran y O'Leary, 2008). De hecho, Gil-González, Vives-Cases, Álvarez-Dardet y Latour-Pérez (2006) concluyen de un meta-análisis que no existen evidencias empíricas que apoyen la necesidad de crear programas de rehabilitación del alcoholismo para maltratadores como medidas de prevención del maltrato, ya que los datos constatan la inexistencia de una relación suficientemente fuerte entre estas dos variables. A su vez plantean que los estudios empíricos analizados que sí mostraban una relación directa entre consumo de alcohol del hombre y maltrato a la mujer, eran investigaciones realizadas con muestras muy pequeñas. Así, mientras que hay autores que apoyan la teoría de que el alcohol puede ser un factor desencadenante ya que reduce la inhibición del individuo y su capacidad de juicio, otros autores afirman que esta relación está determinada culturalmente en la medida en que creer que existe una relación causal excusa el comportamiento del agresor (Heise y García-Moreno, 2003). No obstante, al margen del debate, lo que sí parece ser cierto es que, lejos de que exista evidencia empírica que apoye el papel causal del alcohol y las drogas en el maltrato a la mujer, éste sí constituye un factor de riesgo en la medida en el que se relaciona con otras variables.

#### **4.2. Transmisión intergeneracional de la violencia**

Estudios realizados en diversas partes del mundo constatan que muchos de los hombres que maltratan a sus parejas han tenido historias de violencia en sus familias de origen (Caetano, Schafer et al., 2000; Dutton, 1999; Ellsberg, Peña et al., 1999;

Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Matud, Aguilera, Marrero, Moraza y Carballeira, 2003; Mihalic, y Elliot, 1997). La transmisión intergeneracional de la violencia es una de las explicaciones más ampliamente aceptada en el estudio del maltrato a la mujer por su pareja cuando se trata de determinar las causas que llevan a un hombre a convertirse en agresor (Hotaling y Sugarman, 1986). No obstante, la literatura no ofrece resultados concluyentes que nos lleven a pensar que un hombre que ha sido víctima y/o testigo de violencia durante la infancia necesariamente vaya a reproducir los mismos patrones durante la adultez (Stith et al., 2000). Por otro lado, hay autores que consideran que los antecedentes inmediatos tienen mayor efecto en la conducta agresiva del maltratador que la experiencia vivida durante la infancia (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Mihalic y Elliot, 1997). Y algunos investigadores plantean que el tipo de muestra analizada es una variable a tener en cuenta en los estudios sobre la transmisión intergeneracional de la violencia, ya que se ha encontrado que en muestras clínicas, esto es, en individuos que participan en programas de salud mental o de intervención de la violencia, la transmisión intergeneracional adquiere un mayor peso como precipitante del establecimiento de dinámicas violentas en la pareja, en la medida que interactúa con otras variables también consecuentes de haber sufrido problemas en la familia de origen. Por tanto, no se encuentran resultados similares en estudios con muestras clínicas que los que emplean muestras de la población general, tanto para el caso de los perpetradores como de las víctimas (Stith et al., 2000). Pero, aunque tener un historial de violencia en la familia de origen no explique todos los casos de maltrato en la pareja, sí parece ser que constituye un factor importante de riesgo en interacción con otras circunstancias haciendo bastante probable el establecimiento de estas dinámicas violentas en la pareja.

Investigaciones realizadas en diversos países han encontrado más casos de maltrato en aquellas parejas en las que el hombre había sido víctima o testigo de violencia durante su niñez (Heise y García-Moreno, 2003; Logan et al., 2001; Magdol, Moffitt, Caspi y Silva, 1998; Matud, Marrero et al., 2003; Moreno, 1999). Sin embargo, los datos de prevalencia varían de unos estudios a otros. Así, en España, Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral (1994) encontraron que solo un 36% de los hombres maltratadores habían sido víctimas de violencia en sus familias de origen, siendo una mayoría los que no habían sufrido tales experiencias. Datos muy similares se

encontraron en el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), donde un 38% de los hombres maltratadores entrevistados había sido testigo de la violencia del padre hacia la madre durante su infancia y, de este porcentaje, un 36% había sido también víctima. En otro estudio más reciente realizado en base a los informes de las propias víctimas (Matud, Marrero et al., 2003) se registraron porcentajes más altos encontrando que el 52,4% de los hombres que maltrataban a sus parejas habían vivido experiencias de maltrato en su familia de origen, ya fuera como testigo, víctima o ambos. En dicho estudio también se evaluó la experiencia de violencia en la familia de origen de las mujeres víctimas de maltrato encontrándose que fueron un 37,7% las que tenían dicho historial de violencia.

Al revisar los estudios desarrollados en otros países destacan los resultados de una encuesta nacional llevada a cabo en México en la que se encontró que las mujeres que habían sido víctimas de agresiones físicas y sexuales durante la infancia tenían una mayor probabilidad de sufrir maltrato por sus parejas en la edad adulta. En concreto, se encontró que las mujeres que habían sufrido abusos sexuales cuando eran niñas tenían 3,10 veces más probabilidad de ser maltratadas física y sexualmente por sus parejas (Rivera-Rivera, Allen, Chávez-Ayala y Ávila-Burgos, 2006). Resultados similares se encontraron en EEUU con una muestra de mujeres de niveles económicos bajos, esto es, el abuso sexual en la infancia predijo significativamente el maltrato a la mujer por parte de la pareja en la adultez (Bassuk et al., 2006). Caetano, Schafer et al. (2000), en su estudio con parejas hispanas en EEUU, encontraron que quienes informaron de haber experimentado violencia en sus familias de origen durante la niñez, independientemente del sexo, tenían dos veces más probabilidad de declarar la existencia de algún tipo de violencia en la pareja. También en el meta-análisis realizado por Stith et al. (2000), se encontró que crecer en una familia violenta se relacionaba más estrechamente con convertirse en maltratador en el caso de los hombres, y con llegar a ser víctima de maltrato en el caso de las mujeres, por lo que se ha planteado que la reproducción de un patrón de agresión o victimización parece estar mediado por el género del que presencia la violencia.

Mihalic y Elliot (1997), por su parte, afirman que ser testigo de maltrato en la infancia y en la adolescencia tiene un mayor impacto para las mujeres que para los hombres. En las mujeres, tener un historial de violencia en la familia de origen se

relacionaba con variables tales como abuso infantil, victimización, agresiones en la adolescencia, estrés y baja satisfacción marital en la adultez. De todas esas variables, era la baja satisfacción marital en las mujeres la que se relacionaba con mayor violencia en la pareja, tanto perpetrada como sufrida. Según estos autores, la victimización de los hombres en el pasado se relacionaba con ejercer o sufrir violencia en la pareja, aunque estaban menos influidos por la violencia experimentada que por los patrones observados durante la infancia.

Al analizar la prevalencia se ha encontrado que parecen variar en función de haber sido víctima o testigo de violencia entre los progenitores durante la niñez, adquiriendo más peso en la transmisión de patrones violentos el haber sido a la vez testigo y víctima de las agresiones (Rosen et al., 2001). Pero los resultados tampoco son unánimes. En el estudio de Alexander, Moore y Alexander (1991) se encontró que sólo se daba la transmisión intergeneracional de la violencia en los casos en que el maltrato infantil había sido muy severo. Y no ocurría lo mismo en las mujeres que habían sido víctimas de violencia durante la infancia, probablemente porque ellas no influyen en el grado de maltrato que ejerce su pareja. Por el contrario, Mihalic y Elliot (1997) encontraron que sufrir violencia por parte de los padres no tuvo ningún efecto en la reproducción del maltrato hacia la pareja. Sin embargo en el estudio de Matud, Marrero et al. (2003) se encontró que las mujeres con historia familiar de violencia mostraban peor salud mental, evidenciándose en la sintomatología depresiva y somática más aguda que presentaban en comparación con aquellas que no habían sufrido tales experiencias. En todo caso, parece ser cierto que tanto los hombres como las mujeres que han sufrido historias de maltrato más intensas durante la niñez son las que tienen más normalizada y aceptada esa violencia en sus vidas cotidianas durante la edad adulta.

La severidad del maltrato ejercido por el hombre hacia la pareja también parece estar influido por la existencia de modelos violentos durante la infancia. Así, Matud, Marrero et al. (2003) encontraron que aquellos agresores que tienen una historia familiar de violencia ejercían un maltrato más severo hacia su pareja que aquellos que no habían vivido tales experiencias. Además, el efecto era mayor en los que habían sido objeto de las agresiones, además de ser testigos, en el seno de su familia de origen. Resultados similares se encontraron en el estudio de Logan et al. (2001) donde eran los

hombres con un historial de victimización en el pasado, así como con experiencia de conflictos familiares en su hogar de origen, los que reconocían infligir maltrato a sus parejas con más frecuencia y severidad.

Rosen et al. (2001) consideran que el grado de diferenciación de una persona, en el sentido de la capacidad que el individuo tiene para distanciarse emocionalmente de su entorno familiar sin desvincularse del todo, también influye en la posibilidad de reproducción de las conductas violentas en la edad adulta. Estos autores afirman que haber tenido un historial de violencia en la familia de origen en combinación con características personales tales como la capacidad de distanciamiento emocional del entorno y otras circunstancias de la relación, como pueden ser el grado de autonomía de los miembros de la pareja, puede determinar la probabilidad de que llegue a existir maltrato en la relación sentimental.

La teoría que más se ha utilizado para explicar la transmisión intergeneracional de la violencia es la Teoría del Aprendizaje Social (Bandura et al., 1961) la cual plantea que el modelado de la conducta respaldaría la hipótesis de que es más probable que los niños que crecen en ambientes violentos imiten tales conductas y, a la vez, toleren mejor la violencia que los que no han vivido tales experiencias. Por otro lado, el hecho de que la experiencia de maltrato en la familia influya de manera distinta al niño y a la niña puede ser debido, según esta teoría, a que los modelos a imitar adquieren un peso mayor si son del mismo sexo y, en la mayoría de los casos de violencia interparental, es el hombre el que agrede a la mujer.

Una crítica a la hipótesis de la transmisión intergeneracional de la violencia proviene de las teorías feministas, donde se rechaza el supuesto de que el maltrato se deba a factores individuales y apuesta por la idea de que es la distinta socialización del hombre y la mujer la culpable de que las mujeres sean agredidas por sus parejas (Avakame, 1998). Sería, por tanto, la sociedad patriarcal la que proporcionaría el poder económico al hombre y resaltaría sus valores de autonomía, fuerza y competitividad frente a los de dependencia y vulnerabilidad de la mujer creando así el ambiente perfecto para que se den este tipo de relaciones desiguales y violentas. Según Avakame, las teorías feministas se complementan con la hipótesis de la transmisión intergeneracional de la violencia en la medida en que la imitación del patrón de conducta se producirá cuando el modelo tenga poder. Así, encontró que el ser testigo de

la violencia del padre hacia la madre, o sufrir castigo físico por parte del padre, incrementaba significativamente la agresión psicológica en la adultez hacia la pareja. Pero no se dio este efecto cuando la agresión física observada o vivida durante la infancia provenía de la madre. Sin embargo, otros autores no encuentran ninguna influencia de los roles de género en la reproducción de patrones de maltrato, encontrando, además, que los hombres con actitudes más tradicionales fueron los que ejercieron un maltrato menos severo hacia sus parejas (Mihalic y Elliot, 1997).

La revictimización, por otro lado, es la explicación que Rivera-Rivera et al. (2006) ofrecen a la circunstancia de que las mujeres que han sufrido la violencia en la infancia tengan más probabilidades de volver a ser víctimas de maltrato en otras etapas de su vida. Según estos autores, el maltrato infantil produce unos efectos a nivel psicológico y social en estas mujeres que las hace más vulnerables a la violencia en la edad adulta.

En definitiva, parece ser que la influencia que ejerce el haber sido víctima y/o testigo de maltrato en la familia de origen sobre el establecimiento de dinámicas violentas en la pareja durante la edad adulta esta mediada por otras muchas variables que modulan la reproducción de los patrones violentos. Así, a nivel individual, factores como las características personales, los antecedentes inmediatos, el grado de autonomía emocional, el género, haber sido víctima de maltrato en la infancia o sólo testigo, u otras características de tipo circunstancial tales como el estrés, la pobreza o el grado de satisfacción marital, pueden tener un peso importante en la perpetuación de la violencia a través de las generaciones. Por otro lado, la variabilidad de los resultados obtenidos en los distintas investigaciones puede ser debido a aspectos de tipo metodológico tales como el tipo de población estudiada, el tamaño de la muestra, que la información proceda del maltratador o de la víctima, o que se trate de un estudio trasversal o longitudinal. Sin embargo, a pesar de todo ello y de que no haya estudios concluyentes que demuestren el papel determinante de la transmisión intergeneracional de la violencia, sí parece ser que haber vivido estas experiencias en el hogar durante la infancia constituye un importante factor de riesgo de cara a reproducir los mismos patrones en la adultez, poniendo de manifiesto los graves efectos que produce la violencia en el hogar, tanto a largo como a corto plazo, y las secuelas tan importantes que deja no sólo en las propias mujeres sino también en sus hijos.



## **5.- CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LAS VICTIMAS**

---

### **5.1. Consecuencias en la salud física y psicológica de las mujeres maltratadas por su pareja**

**5.1.1. Trastorno de Estrés Postraumático**

**5.1.2. Depresión**

**5.1.3. Ansiedad**

**5.1.4. Nivel de autoestima**

**5.1.5. Apoyo social**

**5.1.6. Estrés**

**5.1.7. Estado de salud, síntomas somáticos y consumo de medicamentos**

**5.1.8. Consumo de alcohol y drogas**

### **5.2. Consecuencias en la salud física y psicológica de los hijos e hijas de las mujeres maltratadas por su pareja**



Las consecuencias que para la salud física y mental de las víctimas tiene el maltrato a la mujer por su pareja es una cuestión que ha sido ampliamente estudiada. Son muchas las investigaciones que asocian este tipo de violencia con una serie de síntomas y problemas de salud física y mental, encontrándose resultados comunes en las víctimas de estudios realizados en países muy diversos. También se ha llegado a plantear la existencia del “síndrome de la mujer maltratada” para referirse a aquellos síntomas de salud habitualmente presentes en las víctimas de maltrato. Por otra parte, un conocimiento profundo de las secuelas que el maltrato doméstico por parte de la pareja deja en las mujeres y sus hijos e hijas, resulta imprescindible a la hora de abordar la atención a las víctimas y diseñar estrategias de intervención para su recuperación.

Por tanto, el objetivo del quinto y último capítulo del marco teórico es ofrecer una revisión bibliográfica de los resultados de la investigación acerca de las consecuencias que el maltrato a la mujer por su pareja, tiene en la salud física y mental de las mujeres y sus hijos, con el fin de ofrecer una panorámica general de los problemas de salud que suelen presentar las víctimas y aquellos que con más frecuencia argumenta la bibliografía. El fin último de este capítulo es conocer en mayor profundidad las consecuencias negativas que supone la violencia contra las mujeres en el hogar para quienes la padecen y fundamentar, de esta forma, su consideración como un grave problema de salud pública.

Se organizará este epígrafe en dos partes diferenciadas atendiendo a los dos tipos de víctimas fundamentales del maltrato a la mujer por su pareja: las mujeres maltratadas por sus parejas por una parte, y sus hijos e hijas, por otra. Abordaremos primero los problemas de salud física y mental de las mujeres maltratadas y, posteriormente, los problemas de salud y de comportamiento de los hijos de las mujeres víctimas.

El primer subepígrafe comienza con una revisión general de los problemas de salud que suelen presentar las mujeres maltratadas por su pareja para, a partir de ahí, identificar aquellos síntomas que los distintos estudios coinciden en señalar. Tras ello se pasará a analizar más en profundidad cada uno en el siguiente orden: trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, nivel de autoestima, disfunción y percepción

de apoyo social, estrés generalizado, estado de salud física, sintomatología somática, consumo de medicamentos, así como las adicciones al alcohol y otras drogas.

Al analizar los problemas de salud física y mental de los hijos e hijas de las mujeres maltratadas por su pareja se hará una diferenciación entre las consecuencias de ser testigo del maltrato a la madre por parte de su pareja y ser víctima y testigo de esta violencia. Posteriormente revisaremos la influencia de estas variables en el estado de salud de los hijos en las distintas etapas del desarrollo: desde que se encuentran en el útero de la madre, pasando por la infancia, la adolescencia y la adultez. También se revisarán los problemas de comportamiento que pueden tener los niños como consecuencia de haber vivido esta violencia, y el traspaso de estas disfunciones conductuales a la edad adulta en forma de problemas de delincuencia, salud mental e inadaptación.

### **5.1. Consecuencias en la salud física y psicológica de las mujeres maltratadas por su pareja**

La OMS (1998) considera la violencia doméstica contra la mujer un problema grave de salud pública cuyos efectos van más allá de las propias lesiones físicas producto directo de la violencia, suponiendo, además, graves consecuencias tales como diversas enfermedades físicas y un fuerte desgaste emocional que puede ocasionar serios trastornos psicológicos en la víctima. Los diversos estudios realizados muestran que los daños físicos y/o emocionales que impactan en la salud de las mujeres que están siendo maltratadas por sus parejas son múltiples y variados llegando, incluso, a ocasionarles graves secuelas tales como discapacidad permanente o, en situaciones extremas, la muerte (Ellsberg et al., 2008; Heise y García-Moreno, 2003). Por otro lado, el hecho de que el maltratador sea su compañero sentimental y, por tanto, tenga un vínculo afectivo importante puede repercutir en una reacción más tardía por parte de la víctima, a la vez que una gran carga de estupor y desconcierto no característico de otros tipos de delitos, lo que puede contribuir a una exposición más duradera a la situación de peligro.

La bibliografía especializada sobre el tema ofrece múltiples evidencias de que los síntomas psicopatológicos que presentan las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas son secuelas directas de ese maltrato continuo al que han sido sometidas,

y no consecuencia de un desequilibrio previo como en algunas ocasiones se ha atribuido (Campbell, 2002; Cascardi y O'Leary, 1992; Golding, 1999; Roberts, Williams y Lawrence, 1998; Tolman y Rosen, 2001; Woods et al., 2005). Además, no parece ser que la repercusión de la violencia en el estado de salud de las mujeres esté mediatizado por sus condiciones sociodemográficas como la edad, el estado civil o el nivel educativo (Ellsberg et al., 2008). Aunque la mayoría de los estudios disponibles sobre la repercusión del maltrato por parte de la pareja en la salud física y mental de las mujeres son de tipo transversal (lo cual no probaría su relación causal) diversas investigaciones proporcionan evidencias empíricas de la dirección de la asociación entre violencia y problemas de salud, apoyando con mayor fuerza el maltrato a la mujer como culpable de las afecciones que presentan (Ellsberg et al.). De hecho, hay autores que encuentran una remisión de estos problemas de salud en mujeres cuya experiencia de violencia ha quedado más alejada en el tiempo y no han vuelto a ser maltratadas (Tolman y Rosen). Sin embargo, aunque esa mejoría en la salud pueda darse una vez que la mujer deja de sufrir los efectos del abuso, muchos estudios apoyan la evidencia de que los efectos físicos y psicológicos que produce el maltrato en las víctimas perduran en el tiempo aún cuando las mujeres ya han acabado con la relación de maltrato e, incluso, han rehecho sus vidas (Campbell, 2002; Ellsberg et al., 2008; Ellsberg, 1999; Loxton et al., 2006; Woods et al., 2005).

Ellsberg et al. (2008) muestran la existencia de una relación significativa entre haber sido víctima de maltrato físico y sexual alguna vez a lo largo de la vida y el padecimiento de una gran cantidad de problemas físicos y psicológicos por parte de las mujeres. También se ha encontrado que la severidad y la frecuencia del maltrato físico actual es un predictor importante de los problemas de salud física y mental de las mujeres maltratadas por su pareja (Cascardi y O'Leary, 1992; Tolman y Rosen, 2001). Por otro lado, parece ser que la cercanía en el tiempo de la experiencia traumática que supone la violencia por parte de la pareja aumenta la probabilidad de padecer más trastornos de salud mental, necesidad de tratamiento psicológico y/o psiquiátrico, y mayor riesgo de problemas de salud física y de abuso de sustancias (Tolman y Rosen).

Se ha encontrado que las mujeres maltratadas física, psicológica y sexualmente por sus parejas, respecto a las que no han vivido tales experiencias, suelen informar de más sintomatología somática como dolores de cabeza, dolores de espalda,

infecciones vaginales y sangrado, dolores pélvicos, coitos dolorosos, infecciones del tracto urinario, escaso apetito, dolores abdominales y problemas digestivos (Campbell, 2002; Woods et al., 2005). Otros problemas encontrados han sido dificultades para caminar y para hacer las tareas cotidianas, pérdidas de memoria, vértigo y dolores crónicos (Ellsberg et al., 2008). Asimismo presentan más problemas ginecológicos, del sistema nervioso central y problemas de salud general (Campbell et al., 2002; Fikree y Bhatti, 1999; Matud, 2004b). También tienen más dificultades para protegerse de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual (Campbell et al., 2002; Heise y García-Moreno, 2003; Pallitto, Campbel y O'Campo, 2005; Wingood, DiClemente y Raj, 2000).

El sufrimiento psicológico, por otra parte, que padecen las mujeres maltratadas por su pareja, y la condición de vivir continuamente en situación de alerta, les supone también un factor de riesgo para su salud física y mental a largo plazo (Woods et al., 2005). En este sentido, se encontró que casi el 80% de las mujeres evaluadas en el estudio de Fontanil et al. (2002) habían llegado a temer por sus vidas lo que viene a reflejar el grado de pánico y angustia con el que viven. De esta forma, estas mujeres viven expuestas continuamente a circunstancias de abuso o amenaza de sufrir algún daño y, además, pueden desarrollar una respuesta de estrés cuando se sienten atacadas. Si estos ataques se vuelven repetidos y habituales, los síntomas en la mujer pueden acabar siendo crónicos (Calvete, Estévez y Corral, 2007). Del mismo modo, se ha planteado que la autoestima y sentimiento de autoeficacia se degradan cuando una mujer es despreciada, humillada y ridiculizada continuamente por su pareja (Orava, McLeod y Sharpe, 1996). Y es muy habitual que estas mujeres expresen sentimientos de culpa, dependencia emocional de su compañero, aislamiento social, inadaptación a la vida cotidiana, ansiedad y fobias (Amor et al., 2002; Buchbinder y Eisikovits, 2003; Dutton y Painter, 1993; Echeburúa y Corral, 2003; Matud, 1999). También se ha descrito que algunas de estas mujeres han comenzado a abusar del alcohol, las drogas y otros fármacos, y tampoco son infrecuentes las ideas e intentos de suicidio (Echeburúa y Corral, 2003; Ellsberg et al., 2008; Hirigoyen, 2006). El suicidio es una de las consecuencias más graves del maltrato de la pareja y se ha encontrado que, tanto en países ricos como pobres, es una forma de muerte asociada frecuentemente a la violencia doméstica (Campbell, 2002). En el estudio de Ellsberg et al. (2008) donde se

entrevistó a una amplia muestra de mujeres de diferentes países, se encontró que eran aquellas que habían sufrido maltrato físico, sexual, o ambos, de su pareja las que informaban con mayor frecuencia de haber tenido en alguna ocasión tentativas de quitarse la vida.

Golding (1999) llevó a cabo una revisión bibliográfica de la prevalencia de problemas de salud mental en mujeres con una historia de violencia de pareja, encontrando que los que más frecuentes eran el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión. A su vez, diversos estudios demuestran la comorbilidad de ambos trastornos como consecuencia de haber experimentado violencia conyugal e, incluso, hay autores que los definen como una categoría única de salud mental asociada a la experiencia de haber sufrido maltrato por parte de la pareja (Cascardi, O'Leary y Schlee, 1999; O'Campo et al., 2006). Parece ser, además, que la prevalencia del TEPT y la depresión se relaciona directamente con la presencia o ausencia de violencia estando, a su vez, asociada la severidad y duración del maltrato recibido con la gravedad de estos trastornos. Por tanto, el TEPT y la depresión están, a menudo, asociados en las mujeres que han sido maltratadas por su parejas aunque esto no signifique que, necesariamente, se den siempre de manera conjunta (Koss et al., 2003).

En cualquier caso, la reacción psicológica de la mujer ante la situación de maltrato vivida va a depender, entre otras variables, de la intensidad del trauma, de las circunstancias en las que se ha dado el maltrato, la edad, la estabilidad emocional anterior, el historial de agresiones previas, los recursos psicológicos propios, su autoestima, estado de salud, apoyo social y familiar y de las relaciones afectivas actuales. Todos estos elementos interactúan entre sí en diferentes grados, dando lugar a las diferencias individuales existentes entre mujeres que han sufrido un mismo tipo de maltrato (Amor et al., 2002; Echeburúa, Corral y Amor, 1998; Goodman, Koss y Ruso, 1993).

Por último, existe una correlación positiva entre ser víctima de maltrato físico y psicológico por parte de la pareja y el riesgo de acabar siendo asesinadas (Woods, 2000). Entre el 40 y el 60% de los homicidios de mujeres en América del Norte han sido debidos a la violencia de pareja (Campbell, 2002). Y se cree que, en países en desarrollo, estos porcentajes pueden ser mucho mayores, aunque existan pocos datos fiables al respecto.

En conclusión, a pesar de la variabilidad de las consecuencias que en la salud y el bienestar de las mujeres produce la violencia por parte de la pareja, los estudios coinciden en señalar una serie de secuelas físicas y psicológicas en mujeres que han vivido o que viven en la actualidad una situación de maltrato por parte de sus parejas. Las consecuencias que han sido más comúnmente documentadas en la bibliografía son: trastorno de estrés postraumático, depresión, ansiedad, baja autoestima, falta de apoyo social, estrés, problemas de salud física, un mayor consumo de medicamentos y adicciones al alcohol y otras drogas. A continuación se describe cada una de ellas:

### 5.1.1. Trastorno de estrés postraumático

Algunos autores consideran el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), como la categoría diagnóstica más adecuada para las mujeres que han experimentado maltrato por parte de sus parejas (Golding, 1999). De hecho, diversos estudios proporcionan evidencias de la fuerte asociación que existe entre sufrir maltrato por parte de la pareja y experimentar la sintomatología de TEPT (Hattendorf, Ottens y Lomax, 1999; O'Campo et al., 2006). El TEPT puede aparecer cuando una persona se ha visto expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha experimentado, presenciado o le han explicado un suceso en el que se pone en riesgo su propia integridad física o la de los demás. Y cuando ha respondido, como consecuencia, con temor, desesperanza o un horror intenso. Las secuelas psicológicas que caracterizan este trastorno se agrupan en tres categorías principales: reexperimentación de la experiencia vivida, en forma de recuerdos constantes e intrusivos, imágenes y pesadillas, etc.; evitación persistente de forma conductual y cognitiva de los lugares o situaciones asociadas al hecho traumático; y, por último, hiperactivación que se manifiesta a través de problemas tales como irritabilidad, problemas de sueño y de concentración e hipervigilancia (APA, 2007).

Resulta lógico que, tras una experiencia tan adversa como es un episodio de maltrato doméstico, la víctima genere una serie de síntomas de estrés y ansiedad como resultado de la vivencia traumática y que les pueda llegar a ocasionar el TEPT. Aunque esta premisa es actualmente aceptada, la relación entre el diagnóstico de TEPT y las víctimas de violencia doméstica y agresiones sexuales constituye un área de reciente atención por parte de la investigación (Koss et al., 2003).

La primera relación que se estableció entre TEPT y violencia contra la mujer en la bibliografía fue respecto a la violencia sexual. De hecho, hay estudios que constatan que son las víctimas de agresiones sexuales las que presentan mayor riesgo de desarrollar TEPT (Kilpatrick et al., 1989). En el estudio de Rothbaum, Foa, Riggs, Murdock y Walsh (1992) se encontró que el 65% de las mujeres que habían sido violadas cumplían los criterios diagnósticos del TEPT, frente al 24% de las mujeres que habían sido expuestas a algún otro tipo de trauma. No obstante, más tarde se ha constatado que las víctimas de violencia doméstica por parte de sus parejas presentan porcentajes similares a las víctimas de agresiones sexuales en diagnóstico de TEPT, siendo estas cifras igualmente muy superiores a las víctimas de otros tipos de delitos (Amor et al., 2002; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa et al., 1997, Golding, 1999; Walker, 1991).

Existen evidencias empíricas que sustentan la alta probabilidad de desarrollar TEPT que tiene una mujer que ha sido maltratada en el entorno del hogar (Coker, Weston, Creson, Justice y Blakeney, 2005; Pico-Alfonso, 2005; Walker, 1991). Más aún, algunos de los síntomas característicos que presenta una mujer cuando ha sido víctima de violencia por parte de la pareja se encuentran entre los criterios diagnósticos del TEPT. Por ejemplo, las rumiaciones sobre las causas del maltrato, el cambio en el esquema de creencias sobre uno mismo y el mundo, la salud física o el desarrollo social y sexual (Koss et al., 2003).

Walker (2006) creó una subcategoría del TEPT para describir los síntomas que presentan las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas a raíz de analizar las respuestas de una amplia muestra de víctimas de este tipo de violencia. A esta subcategoría le dio el nombre de “Síndrome de la mujer maltratada”, que ha sido muy utilizado por la bibliografía especializada en el tema. Además de los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, Walker engloba otros como dificultad para las relaciones interpersonales, distorsión de la imagen corporal u otros síntomas somáticos, así como problemas de disfunción en las relaciones sexuales y de intimidad. Hattendorf et al. (1999) señalan, además, la continua reexperimentación de los abusos recibidos como una característica típica de las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas, lo cual no es tan frecuente entre las víctimas de otros tipos de traumas en los que evitar el recuerdo puede funcionar como estrategia de afrontamiento. De hecho, es

frecuente que estas mujeres tengan recuerdos muy vívidos y gráficos de las agresiones sufridas cuando se les pregunta directamente por el evento traumático (Walter, 1989). Sin embargo, esto no quiere decir que las conductas de evitación no sean una estrategia de afrontamiento también frecuente en estas mujeres.

Otros autores, sin embargo, relacionan la experiencia de haber sufrido violencia por parte de la pareja, y el trauma que esto supone para las mujeres, con el grupo de síntomas de evitación e incapacidad para sentir emociones (Woods y Wineman, 2004). En este sentido, Walker (1991) describe cómo muchas mujeres que han sufrido violencia por parte de sus parejas utilizan la minimización y la negación como estrategia de afrontamiento, obviando aquellos sucesos que han sido emocionalmente muy dolorosos para ellas. Y otros autores como Krause et al. (2006) establecen cuatro grupos separados de síntomas de TEPT por considerar que son distintos los mecanismos que llevan a activar cada grupo, y diferentes también la influencia que cada uno ejerce sobre la conducta de la mujer, clasificándolos en síntomas de hiperactivación, reexperimentación, evitación y privación emocional. Dichos indicadores comunes propios de las mujeres víctimas de maltrato por parte de sus parejas han sido documentados por investigaciones llevadas a cabo en diferentes países apareciendo, en mayor o menor medida en todas las mujeres, a pesar de las diferencias culturales propias de las distintas procedencias.

Golding (1999) llevó a cabo un meta-análisis dónde examinó 11 trabajos que estudiaban la prevalencia de TEPT en mujeres maltratadas y encontró que el 63,8% de las mujeres evaluadas sufrían dicho trastorno. Estos datos están apoyados, además, por otras investigaciones que proporcionan cifras sobre su alta prevalencia en mujeres que ha experimentado violencia por parte de sus parejas. No obstante, dichos datos pueden variar en función de los instrumentos de medida utilizados y el tipo de muestra del estudio. Así, Woods (2000) encontró porcentajes de entre el 74% en mujeres con distintos niveles de severidad en sintomatología de TEPT, y el 92% cuando se medía el impacto del suceso traumático, en el caso de las mujeres estaban siendo maltratadas en la actualidad tanto en poblaciones clínicas como comunitarias; mientras que Coker et al. (2005), solo encontraron que un 24% de las mujeres evaluadas de la población general presentaban un nivel de moderado a severo en sintomatología de TEPT tras haber experimentado violencia en la pareja. En otro estudio con mujeres de la



población general que habían salido de una relación violenta hacía al menos un año, se encontró que el 52% cumplía los criterios diagnósticos de TEPT (Woods y Wineman, 2004). En España, por ejemplo, se encontró que el 61,56% de las mujeres que se encontraban en casas de acogida por haber sufrido violencia por parte de sus parejas, fueron diagnosticadas con TEPT (Villavicencio y Sebastián, 1999). Calvete et al. (2007) encontraron que el 67,54% de mujeres atendidas en distintos servicios de atención a las víctimas de violencia cumplían los criterios para el diagnóstico de este trastorno. Además encontraron que era frecuente la sintomatología relacionada con el diagnóstico de TEPT en el resto de las mujeres maltratadas evaluadas en el estudio. Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa et al. (1997), por su parte, constataron que algo más de la mitad de las mujeres maltratadas evaluadas en su estudio habían desarrollado el trastorno. En otro trabajo realizado en España (Amor et al., 2002), un porcentaje del 46% de una muestra de 212 mujeres víctimas de maltrato por parte de la pareja fueron diagnosticadas de TEPT, constituyendo éste el cuadro clínico más frecuentemente presentado por estas mujeres y mostrando, además, una alta intensidad en los síntomas evaluados.

Por último, independientemente de que las mujeres lleguen a desarrollar o no el trastorno, los síntomas de TEPT aparecen, generalmente, en más del 70% de las mujeres maltratadas (Riggs, Cauldfield y Street, 2000). Además, en estos casos el sufrimiento es difícil de reducir y la recuperación se dificulta pues aún cuando las mujeres se han separado de sus agresores, les resulta complicado evitar el contacto con ellos, sobre todo cuando hay hijos de por medio (Walker, 1991). Este hecho les obliga a tener permanentemente presente el estímulo adverso (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 2003).

Existen resultados contradictorios, sin embargo, en relación a la influencia del tipo de maltrato recibido sobre la probabilidad de desarrollar TEPT. Así, Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa et al. (1997) no encontraron diferencias significativas entre las víctimas de violencia física o psicológica. Tampoco Coker et al. (2005) quienes comprobaron cómo el maltrato psicológico en forma de abuso de poder y control tenía la misma repercusión en la probabilidad de desarrollar TEPT que el maltrato físico. Otros autores aseguran que todos los tipos de maltrato, ya sea físico, psicológico, sexual, amenaza de maltrato e intento de suicidio, son predictores de experimentar

sintomatología severa de TEPT (Woods e Isemberg, 2001). Sin embargo, Pico-Alfonso (2005) encuentra que es el componente psicológico el mayor predictor del desarrollo de este trastorno, seguido del maltrato sexual y del físico sucesivamente. Pico-Alfonso subraya, además, la intensidad de la agresión sexual como un fuerte predictor de la sintomatología de TEPT. Por el contrario, Calvete et al. (2007) hallaron que el abuso sexual, seguido del físico, eran los dos tipos de agresiones por parte de la pareja más frecuente en aquellas mujeres maltratadas y diagnosticadas con TEPT. Coker et al. (2005), a su vez, afirman que el abuso sexual repercute en un incremento de la severidad de la sintomatología.

También se han encontrado correlaciones significativas entre la frecuencia y gravedad de la sintomatología de TEPT y las formas más severas de violencia (Griffing et al., 2006; Hattendorf et al., 1999) y con aquellas en las que se involucran armas y abuso sexual (Hattendorf et al.). Más concretamente, en el estudio de Hattendorf et al., el maltrato sexual y la amenaza de violencia se relacionó significativamente con la frecuencia de los síntomas de evitación y activación y con la frecuencia y severidad de los síntomas de re-experimentación. No obstante, también encontraron estos autores altos índices de sintomatología de TEPT en mujeres que habían sido víctimas únicamente de violencia psicológica. El 45% de una muestra de 100 mujeres maltratadas en Australia, cumplían con los criterios del DSM IV para ser diagnosticadas de TEPT y fueron estas mujeres, en comparación con las que no recibieron dicho diagnóstico, las que informaron de una mayor frecuencia y severidad de maltrato físico, psicológico y sexual; y también era más probable que manifestaran tener miedo a ser asesinadas por sus parejas (Mertin y Mohr, 2000; Pico-Alfonso, 2005). Por otro lado, Griffing et al. (2006) encontraron una relación significativa entre haber sido víctimas también de maltrato durante la infancia y desarrollar sintomatología de TEPT. En particular, dichas experiencias se relacionaron con unos niveles más altos de hiperactivación y síntomas de tipo intrusivo en estas mujeres y el TEPT era más grave cuanto mayor era el número de episodios violentos sufridos en el pasado. También se ha encontrado que, en mujeres que habían sido víctimas de violencia en el pasado, la situación actual de maltrato por parte de sus parejas podía funcionar como mecanismo de reactivación de la sintomatología TEPT. En cualquier caso, y al igual que ocurre con otros tipos de traumas, la bibliografía apoya la correlación positiva entre

la severidad de maltrato experimentado y la gravedad de la sintomatología de TEPT en mujeres que están viviendo una relación violenta (Woods, 2000).

En cuanto a la repercusión de las circunstancias del maltrato sobre la probabilidad de desarrollar TEPT, cabe destacar el estudio de Amor et al. (2002) en el que se encontró que las variables circunstanciales influían notablemente en la intensidad sintomática, siendo las mujeres que convivían con el agresor y las que se habían separado recientemente, las que mostraban mayor gravedad en los síntomas de TEPT. Además, encontró mayor severidad de la sintomatología cuanto más reciente había sido el último episodio de violencia sufrido y si, además, las mujeres habían sido forzadas sexualmente. Una mayor intensidad de los índices de TEPT en mujeres cuya experiencia traumática de violencia por parte sus parejas es cercana en el tiempo, se ha podido constatar en diversas investigaciones. Además, parece ser que esta intensidad se hace más patente en los síntomas de tipo intrusito (Woods, 2000), pero tampoco existe unanimidad al respecto. Woods constató que entre un 44% y un 66% de las mujeres que habían sido víctimas de violencia en el pasado, y se habían separado de sus agresores en los dos últimos años, seguían experimentando TEPT, sobre todo a través de sintomatología de reexperimentación del abuso y evitación. Por otro lado, en un intento de evaluar el efecto de la separación de la relación abusiva en la salud de la mujer, Pico-Alfonso (2005) evaluó la intensidad de los síntomas de TEPT en mujeres conviviendo con el agresor y en mujeres que se habían separado de sus parejas en los últimos 12 meses, no encontrando diferencias significativas entre ambos grupos. Ello sugiere que, cuando una mujer maltratada se separa de su pareja, en la mayoría de los casos no disminuye el peligro potencial de sufrir otra agresión, por lo que tampoco disminuyen los síntomas de salud mental. A su vez, se ha documentado asociación entre cumplir con los criterios diagnósticos del TEPT y que la pareja agresora tenga problemas con el alcohol (Mertin y Mohr, 2000).

También destaca Woods (2005) la larga duración de la sintomatología del TEPT, a través de la revisión que hace de diversas investigaciones que estudian este trastorno, como consecuencia de haber vivido maltrato de la pareja. Sin embargo, otros autores han encontrado una mejoría de la enfermedad 12 meses después del último episodio en mujeres que se encuentran en casa de acogida, mejorando en la medida en que la percepción de apoyo social y seguridad ha ido aumentando (Coker et al., 2005).

Estos autores identificaron, además, algunas variables protectoras de la severidad en la sintomatología TEPT, siendo las mujeres que han rehecho sus vidas con parejas no violentas, que se encuentran actualmente casadas y tienen un nivel socioeconómico más alto, las que presentan mayor remisión de la sintomatología. También encontraron que era, sobre todo, el apoyo social el mayor predictor de la mejoría de la salud, aunque parece ser que el final de la violencia y la amenaza conlleva una remisión sintomática de TEPT (Coker et al., 2005; Woods, 2000), la bibliografía sobre el tema ha demostrado que los síntomas de TEPT pueden perdurar un largo periodo de tiempo, persistiendo estas secuelas incluso 10 años después del último episodio de violencia vivida (Woods et al., 2005; Woods, 2000).

Por otra parte, como ya se ha citado, el diagnóstico de TEPT se ha asociado con haber experimentado otras experiencias traumáticas en la vida, lo que parece sugerir que estas mujeres se han hecho más vulnerables a sufrir este trastorno por acumulación de experiencias adversas (Pico-Alfonso, 2005; Woods y Wineman, 2004). En particular, Woods y Wineman lo asocian con experiencias concretas como son el maltrato físico durante la infancia y el abuso sexual en la adultez. Salomón et al. (2002) encontraron, en un grupo de mujeres maltratadas por su pareja, una co-ocurrencia del 60% entre el diagnóstico del TEPT y haber sido víctimas de violencia sexual durante la infancia por parte de algún miembro de su familia.

Sufrir TEPT puede alterar el funcionamiento psicológico de las mujeres que han experimentado maltrato por parte de sus parejas (Dutton et al., 2006), por lo que es frecuente que las mujeres diagnosticadas con este trastorno presenten, además, otros problemas psicológicos. De esta forma, el riesgo de desarrollar depresión se ve incrementado por el TEPT (Breslau, 2000). Así, Cascardi, et al. (1999), encontraron que un 17% de su muestra cumplían los criterios diagnósticos de TEPT y depresión frente al 30% que solo cumplían los criterios de TEPT, o el 32% de únicamente depresión. Más recientemente, en el estudio de O'Campo et al. (2006), se constata que la coexistencia de TEPT y depresión se da en el 19,7% de las mujeres maltratadas por sus parejas de una muestra de la población general, frente al 4,5% en mujeres no maltratadas. No obstante, estos autores advierten una mayor prevalencia de ambos trastornos en muestras clínicas que la encontrada en estudios con mujeres de la población general, lo que sugiere que la severidad de los síntomas de depresión y TEPT

puede ir relacionado con una mayor conciencia de la situación que están viviendo o con una mayor gravedad de las circunstancias del maltrato. Así, en el estudio de O'Campo et al. llevado a cabo con mujeres maltratadas de la población general, la prevalencia del TEPT y depresión fueron de 30,9% y 22,8% respectivamente, mientras que el estudio de Stein y Kennedy (2001), donde se evaluó a mujeres procedentes de una muestra clínica, la prevalencia fue de 68% para el trastorno depresivo, el 50% para el TEPT, y el 43% para ambos. Algo similar ocurre en el estudio de Nixon, Resick y Nishith (2004), donde los porcentajes de prevalencia son del 75% para el diagnóstico de TEPT, el 54% para la depresión y el 49% de comorbilidad de ambos. Por otro lado, Calvete et al. (2007) afirman que existe una relación entre cumplir los criterios diagnósticos de TEPT y ciertos esquemas cognitivos en las mujeres, sobre todo los referidos a la sensación de vulnerabilidad y amenaza permanente de peligro (Calvete et al.; Dutton et al., 2006), que se relacionaría con los síntomas de ansiedad y activación, y la creencia de que cualquier persona del entorno tendrá la intención de hacerle daño. Pero también se relaciona positivamente con creencias tales como que todo el mundo le abandonará, que tiene la culpa de lo que le ocurre, que se siente aislada socialmente de su entorno y la creación de un vínculo de dependencia hacia otra persona, generalmente el maltratador. Más aún, en el estudio citado, Calvete et al. comprobaron que los síntomas de TEPT median en la creación y mantenimiento de estos esquemas cognitivos, dificultando en muchas ocasiones que la víctimas de violencia por parte de sus parejas puedan abandonar la situación.

El diagnóstico de TEPT y su sintomatología se asocia con problemas de salud a corto y largo plazo (Woods y Wineman, 2004). Dichos autores encontraron que la salud física de las mujeres se vio influida por el efecto de los síntomas de hiperactivación y evitación, pero no por los de tipo intrusivo o de reexperimentación. Únicamente el grupo de síntomas de hiperactivación fue identificado en la revisión bibliográfica de Woods (2005) como influyendo significativamente en la salud física de las mujeres que estaban siendo maltratadas en la actualidad. No obstante, Woods y Wineman (2004) consideran que la influencia de cada tipo de síntomas de TEPT en la salud física de las mujeres puede estar mediado por el tipo de trauma al que hayan sido expuestas y el contexto en que se haya producido. Estos autores hipotetizan que las conductas de evitación y privación emocional imposibilitan a estas mujeres enfrentarse

con su realidad lo que podría traducirse en problemas de salud con el paso del tiempo. Y los síntomas de hiperactivación pueden desencadenar problemas de estrés crónico que interaccionaría directamente con el estado de salud de las mujeres, como ha sido ampliamente documentado por la bibliografía.

Otro efecto del TEPT en la salud física sería a través del cambio en el esquema cognitivo provocando un sentimiento de hostilidad que aumenta la probabilidad de enfermedades cardiovasculares (Dutton et al., 2006). En los distintos trabajos que estudian el efecto que la sintomatología crónica de TEPT produce sobre la salud física de las mujeres, se han encontrado asociaciones con afecciones tales como problemas respiratorios, gastrointestinales, cardiovasculares, osteomusculares y enfermedades infecciosas (Woods, 2005). Por tanto, parece ser que la mayor gravedad de la sintomatología de TEPT puede ocasionar una peor salud física en la mujer maltratada (Woods, 2005).

### 5.1.2. Depresión

El trastorno depresivo es una de las consecuencias más graves en la salud mental de las mujeres que han sido maltratadas por sus parejas (Gleason, 1993). A pesar de que existen algunos estudios donde la relación causal entre violencia ejercida por la pareja y depresión no queda del todo clara (O'Campo et al., 2006), son muchas las investigaciones que sí aportan evidencias empíricas en este sentido.

Matud (2004b) en su estudio con una muestra de 270 mujeres maltratadas y 269 que no lo habían sido a las que se les evaluó su estado de salud, encontró que las mujeres víctimas de violencia, en comparación con el grupo control, tenían más sintomatología depresiva. También eran la depresión y los trastornos de ansiedad las afecciones que más citaban las propias mujeres cuando se les preguntaba por su estado de salud. Del mismo modo, en el estudio de Loxton et al. (2006) con mujeres de mediana edad que habían sufrido violencia en la pareja, se encontró que era más probable que hubieran sido diagnosticadas alguna vez con depresión o que hubiesen experimentado sus síntomas a lo largo de sus vidas. En otros estudios desarrollados en diversos países se han encontrado resultados similares. Este es el caso de Fikree y Bhatti (1999), con mujeres pakistaníes, donde encontró que el 73% de las mujeres evaluadas que habían sido víctimas de violencia física, presentaban un cuadro clínico

ansioso-depresivo. El 52% de una muestra de mujeres maltratadas estadounidenses, blancas, católicas, casadas y empleadas, mostraron severos niveles de sintomatología depresiva (Cascardi y O'Leary, 1992). En otro estudio llevado a cabo con mujeres que acudían a las consultas de atención primaria en distintos hospitales de Estados Unidos, se encontró una relación significativa entre informar de sintomatología depresiva y tener una historia de maltrato (Bauer et al., 2000). Por su parte, en un estudio de Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa et al. (1997), con 126 mujeres víctimas de violencia doméstica en España, se encontró que en torno a un 66% de las mujeres cumplían los criterios para ser diagnosticadas con trastornos de depresión. En otra muestra de 212 mujeres maltratadas por su pareja se evaluó las repercusiones psicopatológicas del maltrato y se destacó la depresión como el componente del “malestar emocional” más relevante (Amor et al., 2002).

Existen datos que apoyan la hipótesis de que las circunstancias particulares de maltrato que la mujer esté viviendo por parte de su pareja repercuten directamente en su salud emocional y, concretamente, en la aparición de sintomatología depresiva. Así, en el estudio de Matud (2004b), las mujeres que estaban siendo maltratadas por su pareja en el momento de la evaluación y las que estaban en proceso de separación, presentaban más síntomas de depresión grave, ansiedad e insomnio que las que no habían sufrido tales abusos. Sin embargo, estos síntomas eran menores en las mujeres que habían sido maltratadas en el pasado y ya habían rehecho sus vidas. Por otro lado, el hecho de que la violencia fuera invisible para los demás, debido a su ocurrencia en la privacidad del hogar, constituía uno de los mejores factores predictores de sufrir el trastorno de depresión (Fikree y Bhatti, 1999). En el estudio de Amor et al. (2002), fueron aquellas mujeres que jamás habían denunciado su situación de maltrato y aquellas que convivían con el maltratador en el momento de la evaluación, las que presentaron más síntomas depresivos. En el estudio que Cevallo et al. (2004), llevado a cabo con 215 mujeres madres de la ciudad de Santiago de Chile, se evaluaron las consecuencias que ocasionaba el maltrato físico y verbal en la salud de estas mujeres. Encontraron que las mujeres con hijos que habían sufrido maltrato físico principalmente, obtuvieron puntuaciones significativamente más altas en depresión que las mujeres que no habían sido maltratadas físicamente. Además, también se detectó en este estudio, que las mujeres más deprimidas, en general, tendían a tener más hijos y a

informar de haber sufrido significativamente más experiencias estresantes en sus vidas. Parece ser, por tanto, que las consecuencias del maltrato se agudizan en aquellas situaciones en las que existe un mayor riesgo de abusos, y se van paliando conforme las mujeres se alejan del peligro y perciben menos riesgo para su integridad. Por eso, cuando salen de esa relación y empiezan a rehacer sus vidas, muchas mujeres experimentan una notoria mejoría en sus síntomas de malestar emocional.

Se ha encontrado que la gravedad y los síntomas depresivos que experimentan las víctimas de maltrato doméstico también están muy relacionados con la severidad y la frecuencia de las agresiones que estén recibiendo. A este respecto, Fikree y Bhatti (1999) encontraron que el diagnóstico de depresión-ansiedad en mujeres maltratadas por sus parejas en Pakistán estaba asociado consistentemente con la severidad del maltrato físico sufrido. Del mismo modo, en el estudio de Cascardi y O'Leary (1992), se encontró una fuerte correlación entre la frecuencia y la severidad de las agresiones físicas del marido y la mayor sintomatología depresiva. Por otro lado, el hecho de que la mujer esté sufriendo más de un tipo de maltrato, también agrava su estado depresivo (Campbell y Soeken, 1999).

A menudo la depresión se asocia con otros trastornos psicológicos como son la ansiedad, el TEPT o los problemas de insomnio en mujeres víctimas de maltrato por parte de sus parejas. Así, es habitual que aparezca junto con otros indicadores de peor salud mental cuya co-ocurrencia puede variar en función del caso concreto y las circunstancias personales de la mujer víctima de violencia. Por ejemplo, ha sido ampliamente documentada la comorbilidad entre el diagnóstico de depresión y TEPT en mujeres que han sido maltratadas por su pareja (Cascardi et al., 1999; Nixon et al., 2004; O'Campo et al., 2006; Stein y Kennedy, 2001). Es más, el riesgo de depresión aumenta significativamente cuando el individuo ha experimentado un trauma (Breslau, 2000). Cascardi y O'Leary (1992), por su parte, encontraron una correlación negativa entre sufrir depresión y el nivel de autoestima, y una baja autoestima en la mujer correlacionaba con una mayor probabilidad de desarrollar depresión. Y, al contrario, un alto nivel de autoestima actuaba como protector de la aparición de dichos síntomas depresivos. Matud (2005), en una muestra de mujeres maltratadas por su pareja, encontró que la sintomatología depresiva correlacionaba .66 con la de ansiedad e insomnio, .57 con la de tipo somático y -.55 con autoestima.



### 5.1.3. Ansiedad

Los problemas de ansiedad son frecuentes en las mujeres que viven actualmente, o han sufrido en el pasado, maltrato físico, psicológico y/o sexual por parte de sus parejas, y a menudo, aparecen conjuntamente con otros trastornos psicológicos o indicadores de bajo nivel de bienestar físico y mental.

En el estudio de Matud (2004b), con mujeres españolas, las diferencias significativas en cuanto al estado de salud psicológica entre el grupo de mujeres maltratadas por su pareja y las que estaban en proceso de separación, se relacionaban principalmente con los síntomas de ansiedad e insomnio. Domínguez et al. (2008) encontraron en su estudio que un 32% de las mujeres reconocía tener problemas de salud psicológica tales como ansiedad y depresión, siendo estos trastornos los más habituales problemas de salud que presentaban las mujeres. Gleason (1993) informa igualmente de una mayor prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada en una muestra de mujeres víctimas de violencia doméstica. Loxton et al. (2006) pudieron comprobar que era más probable que aquellas mujeres de mediana edad que habían vivido alguna vez en su vida una relación de pareja violenta, hubiesen sido diagnosticadas en alguna ocasión con trastorno de ansiedad, que hubieran experimentado alguna vez sus síntomas o, incluso, que sufriesen en la actualidad de ansiedad con más frecuencia que las mujeres que no habían sufrido dichos abusos. En dicho estudio, se encontró que la frecuencia de experimentación de los síntomas de ansiedad aumentaba conforme lo hacían los episodios violentos sufridos. También en el estudio de Williams y Mickelson (2004) se encontró que el maltrato más severo se traducía en niveles más altos de ansiedad en las mujeres víctimas.

Se ha encontrado que las circunstancias del maltrato pueden agravar los síntomas de ansiedad que experimentan las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas. En un estudio llevado a cabo con mujeres pakistaníes, el carácter privado del maltrato que ocurría normalmente en el contexto del hogar familiar, se señalaba como una importante influencia sobre el nivel de ansiedad de las mujeres (Fikree y Bhatti, 1999). Por otro lado, hay otras variables relativas a la persona y sus circunstancias particulares que median sobre el grado de ansiedad experimentado. De esta forma, Williams y Mickelson (2004) detectaron que la edad de las mujeres se relacionaba significativamente con el nivel de ansiedad que experimentaban. Pero

también su resistencia cognitiva, referida a su nivel de autoestima, y el apoyo social emocional e instrumental con el que contaban las mujeres que están siendo maltratadas, son variables que median en el desarrollo de un trastorno de ansiedad por parte de la mujer víctima de malos tratos. En este sentido, las mujeres que viven en pobreza también pueden experimentar niveles de ansiedad más altos por la carencia de recursos.

#### 5.1.4. Nivel de autoestima

La autoestima es considerada por la bibliografía especializada como un importante indicador de salud y bienestar. Diversos estudios sobre el tema ofrecen evidencias empíricas de ello (Matud, 2004a; Rector y Roger, 1996). Más aún, parece ser que el nivel de autoestima se relaciona consistentemente con la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento del estrés (Matud 2004a). Sin embargo, al igual que sucede con otros problemas de salud, existe mucha variabilidad en el nivel de autoestima de las mujeres maltratadas por su pareja, habiéndose planteado la necesidad de estudiar qué aspectos de una relación violenta son los que dañan más gravemente su autoestima (Lynch y Graham-Bermann, 2000).

Dutton y Painter (1981) opinan que el desgaste de la autoestima de las mujeres podría ser debido a que las víctimas se ven obligadas a centrar su atención en complacer al maltratador para prevenir futuros episodios de violencia, dejando a un lado la propia satisfacción de sus necesidades. Sin embargo, está más ampliamente aceptada la hipótesis que señala el efecto del maltrato como el principal generador de este daño en el concepto que tienen de sí mismas, ya que una interacción basada en continuos desprecios, críticas, humillaciones y ataques físicos y psíquicos a su persona, constituye una eficaz arma de destrucción de la autoestima, de su sentido de competencia y de la confianza que tienen en sí mismas (Dutton y Painter, 1993; Orava, McLeod y Sharpe, 1996; Walker, 1991). En cualquier caso, son muchos los estudios que corroboran esta relación inversa entre autoestima y maltrato, apuntando a que el deterioro de su autoestima es una de las principales consecuencias negativas que padecen muchas de las mujeres que han sido víctimas de violencia física, psicológica y/o sexual por parte de sus parejas (Amor et al, 2002; Dutton y Painter, 1993; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa et al., 1997; Matud 2004a; Orava et al., 1996).

Cuando disminuye la autoestima como consecuencia del abuso, y también se ven mermadas las motivaciones y la energía de las víctimas para seguir enfrentándose a su situación, se deterioran también las conductas de auto-cuidado contribuyendo, por tanto, a un empeoramiento de su salud (Campbell y Soeken, 1999). Por otro lado, como ya se ha citado, cuando una mujer ha sido, de forma reiterada, ridiculizada, degradada e insultada por su pareja, no solo disminuye su autoestima, sino también su sentimiento de auto-eficacia y su confianza en sí misma (Matud, 2004b; Orava et al., 1996). De hecho, su sentido de competencia se puede ver gravemente dañado, sobre todo el que se refiere a sus habilidades como ama de casa y esposa, aunque puede quedar un poco más preservado el concepto que ellas tienen de sí mismas como madres y trabajadoras (Lynch y Graham-Bermann, 2004).

En muchas ocasiones las mujeres pueden llegar a pensar que se merecen los castigos, tanto es así que el sentimiento de culpa lo sufren casi la mitad de las mujeres maltratadas. Es frecuente que se atribuyan a ellas mismas la responsabilidad de lo que les está pasando, llegando a pensar que tienen lo que se merecen por no acceder a las peticiones del agresor por no quedarse calladas, por no hacer las cosas bien o, incluso, por su forma de ser: poco inteligentes, provocadoras con otros hombres o poco atractivas. También puede generarles grandes sentimientos de culpa algunas conductas que realizan las víctimas para evitar la agresión, tales como mentir, permitir el maltrato a los hijos, cumplir con los deseos de la pareja aún en contra de su voluntad, etc. (Echeburúa et al., 2003). Así, una serie de conductas que pueden ser adaptativas a corto plazo a la situación de maltrato terminan por minar el concepto que tienen de ellas mismas. También la inseguridad es un sentimiento que va muy unido a la baja autoestima, así como a la percepción de menos apoyo social (Amor et al., 2002; Ellsberg, 1999; Matud, 2004a, 2004b). Por otro lado, ser una mujer maltratada supone para la sociedad un estigma que le lleva a un proceso de victimización diferente al de otros tipos de delitos lo cual puede comportar, asimismo, consecuencias devastadoras en el concepto que tienen de sí mismas (Ellsberg et al., 2000).

Las circunstancias personales de cada mujer en relación a la situación de maltrato que estén viviendo influyen directamente en su nivel de autoestima. De esta forma, parece ser especialmente relevante el deterioro de la autoestima en mujeres que aún viven con su agresor, que tienen un largo historial de maltrato y en las que aún

están en proceso de separación; mejora sin embargo en las mujeres que ya han logrado rehacer su vida y en la actualidad no son maltratadas (Matud, 2004b; Walker, 1989). Asimismo, en el estudio de Cascardi y O'Leary (1992) se encontró una fuerte correlación entre la frecuencia y la severidad de las agresiones físicas del marido y una peor autoestima.

Algunos investigadores no han encontrado diferencias significativas en los niveles de autoestima entre mujeres maltratadas físicamente y mujeres que no han sufrido violencia física pero sí relaciones de pareja traumáticas (Campbell, Miller, Cardwell y Belknap, 1994) lo que sugiere que quizás sea el maltrato psicológico el que más consecuencias devastadoras ocasione sobre la salud emocional de la mujer. Pero también evidencia la necesidad de estudiar qué aspectos de una relación violenta son los que dañan más gravemente su autoestima. En este sentido, Aguilar y Nightingale (1994) encontraron que era el factor maltrato emocional/control, el más significativo predictor de la baja autoestima en la mujer maltratada. Mientras que Dutton y Painter (1993), señalan aspectos tales como la duración de la relación, las diferencias de poder, la violencia física y el carácter intermitente de la violencia como aspectos influyentes en el deterioro del auto-concepto. Además, destacan el factor dominancia/ aislamiento como un tipo de maltrato psicológico ejercido por la pareja que correlaciona negativamente con el nivel de autoestima de las víctimas, pero sin llegar a constituir un predictor de este daño. No obstante, dichos autores sí identifican las diferencias de poder entre los miembros de la pareja como un claro precedente de un daño hacia la autoestima en las mujeres. Cascardi y O'Leary (1992), por su parte, encontraron que la frecuencia y la severidad de la agresión física son los dos aspectos que correlacionan significativa y negativamente con el nivel de autoestima de la mujer maltratada, señalando este daño, además, como el principal y más dramático efecto consecuente del abuso físico. Sin embargo, Lynch, y Graham-Bermann (2000) no encontraron relación significativa entre violencia física ejercida por la pareja y nivel de autoestima en su estudio con una muestra de 120 mujeres. Pero sí coincidieron sus resultados con los encontrados por Aguilar y Nightingale (1994), donde el maltrato psicológico apareció como predictor de una peor autoestima, asociándose los dos componentes del maltrato psicológico evaluados, las estrategias de control por parte de la pareja y la amenaza de agresión física.

Lynch y Graham-Bermann (2000) identifican, como una variable protectora de la autoestima, la auto-afirmación propia, dos constructos que correlacionan positivamente. A su vez, la auto-afirmación se ve fortalecida por la interacción con otras personas distintas a la pareja que le envían información positiva de ella misma, por lo que establecen una clara relación entre autoestima y apoyo social, hecho que también podría explicar por qué son las estrategias de control de la pareja las que mejor predicen un empeoramiento de la autoestima de la mujer. De hecho, para Lynch, y Graham-Bermann son el maltrato psicológico y la auto-afirmación, los mejores predictores del nivel de autoestima de la mujer maltratada. Información procedente de fuentes alternativas al maltratador puede contribuir a que la mujer se construya una imagen distinta de la que le proyecta el agresor, y preservar de este modo su nivel de autoestima. Algunas investigaciones han constatado cómo las mujeres maltratadas que tienen un mejor apoyo social y un trabajo mejor cualificado han tenido un mejor concepto de sí mismas que aquellas que se dedican a las tareas del hogar de forma exclusiva o están más aisladas socialmente. Así, Lynch y Graham-Bermann (2004), comprobaron cómo tener un trabajo cualificado constituía una importante fuente alternativa de feedback para la mujer. Mientras que el maltrato por parte de la pareja se relacionaba fuerte y negativamente con la visión de sí misma en el entorno del hogar, este abuso no afectaba, sin embargo, al sentido de competencia que sentía la mujer en el entorno laboral. Así, las mujeres víctimas de violencia doméstica informaron de lo gratificante y provechoso que resultaban para ellas sus respectivos trabajos, a pesar de que el 13% de ellas afirmó haber sido presionada por su pareja para abandonar su empleo.

#### 5.1.5. Apoyo social

Diversas investigaciones llevadas a cabo en las últimas décadas avalan la relación entre el apoyo social y la salud. Entendiendo el apoyo social a través de tres componentes fundamentales: el emocional, en su sentido de intimidad, apego, cuidado y preocupación; el instrumental, que se refiere a la asistencia material y económica, así como a la prestación de ayuda; y el informacional que supone consejo o guía. Parece ser que la utilidad del apoyo social recibido por una persona depende de la correspondencia entre el tipo de ayuda prestada y el requerimiento de la situación.

Asimismo se ha encontrado que el apoyo social percibido tiene una mayor repercusión en la salud que el apoyo prestado realmente (Cohen y Wills, 1985).

Existen evidencias de que el apoyo social en las mujeres maltratadas, a la vez que mitiga los efectos dañinos de estos abusos en su salud, supone una importante herramienta para el acceso a oportunidades e información, pudiendo protegerla de futuras agresiones o, incluso, ayudarles a abandonar la relación (Bybee y Sullivan, 2002; James et al., 2004; Rose, Campbell y Kub, 2000). Respecto a la relación del apoyo social con la salud mental de las mujeres, Matud, Aguilera et al. (2003) encontraron un efecto positivo en el caso de las mujeres que no habían sido maltratadas y aquellas que habían sufrido maltrato en el pasado. Estas mujeres presentaban menos síntomas somáticos, ansiedad, insomnio y depresión grave, a la vez que un mejor funcionamiento social. No existía este efecto, sin embargo, en el grupo de mujeres que convivían con el agresor y las que estaban en proceso de separación y vivían en casas de acogida. En estas mujeres la falta de apoyo social solo se relacionaba significativamente con la disfunción social. Por otro lado, las mujeres que vivían en casas de acogida y tenían un mayor número de enfermedades, informaban por lo general de un mayor apoyo social y una mayor cantidad de fuentes a las que acudir, hecho que puede ser debido a la mayor demanda de estas mujeres y/o la mejor respuesta de las instituciones a esta dificultad añadida que es la mala salud de las víctimas de maltrato. Amor et al. (2002), sin embargo, encontraron en su estudio que las mujeres maltratadas por su pareja que carecían de apoyo social y familiar, presentaban sintomatología más grave en TEPT y malestar emocional. Tan solo no encontraron un efecto significativo entre poco apoyo social y los niveles de ansiedad presentados.

La mujer víctima de violencia conyugal, por su situación, a menudo necesita tanto de apoyo emocional como instrumental y de información pero, a su vez, es muy frecuente que carezca de esta ayuda debido al aislamiento al que es sometida por parte del agresor. De esta forma en el estudio de James et al. (2004) se encontró que las mujeres que vivían relaciones de pareja violentas reconocían ser sometidas al aislamiento social así como restringidas sus salidas por parte de sus compañeros. En este sentido, Mitchel y Hobson (1983) afirman que el afán de control del maltratador sitúa a la víctima en una situación de aislamiento respecto a su familia y amigos,

acentuando de esta forma la dependencia de la mujer y privándola del efecto amortiguador que le puede suponer el apoyo familiar y social. En ocasiones, es la respuesta negativa de la familia y los amigos la que potencia y refuerza la condición de reclusión a la que le ha sometido el maltratador. En este sentido, la condena social por abandonar la relación, el rechazo que experimenta la mujer que intenta rehacer su vida, o el propio aislamiento en el que se encuentra, pueden ser importantes obstáculos que impidan que la mujer goce de cierto respaldo social y familiar (Rose et al., 2000). Este desamparo puede llevar a la mujer a vivir las situaciones de maltrato de una forma más estresante, y todo ello contribuye a un mayor impacto en su salud.

Vázquez (1999), por su parte, plantea que las mujeres maltratadas por su pareja son sometidas a un aislamiento propiciado por el agresor pero que, en ocasiones, es aceptado por su víctima que se avergüenza de mostrar en público sus lesiones, lo que dejaría al descubierto el infierno que está viviendo en privado y conduciría, finalmente, a una mayor reclusión. Muchas de las mujeres del estudio de James et al. (2004) reconocían que el maltrato les limitaba a la hora de participar en actividades cotidianas de la comunidad. Esta situación de aislamiento puede ser aún más grave para mujeres que viven en entornos rurales donde disponen de menos redes sociales, peor educación y menos recursos (Logan, Walker, Cole, Ratliff y Leukefeld, 2003). Fontanil et al. (2002), por su parte, encontraron en su investigación que la inserción laboral de las víctimas de violencia conyugal, que a menudo constituye una importante red social, se reducía de un 74,2% a un 43,3% después de la primera agresión sufrida, dirigiendo a las mujeres a un mayor reclutamiento en el hogar y a un progresivo retiro de las relaciones interpersonales, a la vez que a una reducción de su capacidad económica e independencia. Por otro lado, es muy frecuente que, por seguridad, las mujeres abandonen sus empleos en el momento que deciden abandonar la relación abusiva e ingresar en un centro de acogida, reduciendo de esta forma sus interacciones sociales y el refuerzo positivo que este contexto alternativo suele suponer para ellas, además de los recursos económicos tan necesarios para ellas y sus hijos (Lynch, y Graham-Bermann, 2004).

El aislamiento social al que se ven sometidas muchas de las mujeres que están siendo víctimas de maltrato por parte de sus parejas, suele suponer un importante obstáculo para relacionarse y mantener redes sociales. En ocasiones, las mujeres

maltratadas comienzan incluso a sentirse inseguras y temerosas en su relación con los demás llegando a atribuirse a ellas mismas la responsabilidad de su aislamiento (Rose et al., 2000). Matud (2004b), comparando a mujeres maltratadas por su pareja con otro grupo que no habían sufrido tales abusos, encontró que eran las mujeres que habían sido víctimas recientemente de una agresión, o las que estaban viviendo con una pareja abusiva en ese momento, las que mostraban mayor disfunción social, estaban más inseguras e informaban de una menor percepción de apoyo por parte de familiares y amigos. No encontró tantas diferencias entre las mujeres no maltratadas y las que sí lo han sido pero que se encuentran en casas de acogida o pisos tutelados, resultados que sugieren la capacidad de aislamiento que tiene el maltrato en estas mujeres, pero también da pistas respecto el carácter transitorio de este déficit en el establecimiento de redes sociales. En otro estudio desarrollado en España se encontró que las mujeres que habían sido maltratadas mostraban puntuaciones de medias a altas en inadaptación a la vida cotidiana, siendo las áreas más afectadas las que tienen que ver con las relaciones de pareja, el tiempo libre y la vida social (Domínguez et al., 2008).

Dada la importancia que supone el apoyo social para las mujeres que están siendo víctimas de violencia por parte de sus parejas, existen estudios que han analizado el tipo de fuentes con el que cuentan estas mujeres. Matud, Ibáñez, Bethencourt, Marrero y Carballeira (2003), analizaron expresamente el tipo de apoyo social de una muestra de 200 mujeres maltratadas encontrando que los vínculos más importantes en estas mujeres, en general, eran las amistades, normalmente una amiga, los hijos y, seguidamente, la familia siendo más habitual la madre y los hermanos y hermanas. También Rose et al. (2000) encontraron que las mujeres víctimas buscaban más frecuentemente el apoyo de amigas que de miembros de su familia. Si bien, el orden de preferencia del tipo de redes sociales que establecen las mujeres maltratadas puede variar en función del tipo de ayuda que se requiriera. Resulta notable, por otro lado, el dato que aportan las investigaciones acerca de la falta de relevancia que las mujeres conceden a la pareja, el padre o la familia del agresor como fuentes de apoyo de la mujer. Asimismo, destaca que las mujeres del estudio ya citado de Matud, Ibáñez et al. percibían menos apoyo en las áreas laboral, familiar y económica, así como la falta de cuidados en caso de enfermedad.



En otra investigación con mujeres drogodependientes con una alta proporción de violencia por parte de la pareja (James et al., 2004) se encontró que la mayoría confesó tener un apoyo social limitado consistente en tan solo una o dos personas de confianza que solía ser la madre, la pareja, algún miembro familiar o algún amigo. En el caso de estas mujeres, las circunstancias de consumo de drogas y violencia doméstica generaban normalmente en una vida social bastante pobre. Este puede ser el motivo por el cual la madre solía ser el principal apoyo social con el que las mujeres reconocían contar, y la pareja en segundo lugar. Aunque las mujeres definían este soporte recibido como instrumental y emocional, se debe destacar que las mujeres en este estudio solían describir el apoyo de la madre como únicamente de tipo instrumental y fundamentado habitualmente en el cuidado de sus hijos. Por otro lado, en un estudio en Nicaragua se encontró que las mujeres maltratadas gozaban de menos apoyo social que las no maltratadas ya que, según sus propias informaciones, aunque generalmente reconocieron contar con el apoyo de amigos y/o algún confidente, era significativamente menos probable que contaran con apoyo familiar y material refiriéndonos con este último a recursos de tipo económico o cualquier otra ayuda. Además este hecho iba significativamente relacionado con las conductas de control por parte de sus parejas ya que las que tenían menos apoyo de este tipo fueron las que informaron de sufrir más prohibiciones por parte del maltratador (Ellsberg et al., 2000).

También existe evidencia de que la calidad y cantidad de apoyo social de las mujeres maltratadas por su pareja va a depender, en gran medida, de la situación concreta de abuso que estén viviendo (Matud, 2004b). Así, en el estudio de Matud, Ibáñez et al. (2003) se encontró que las mujeres que ya han salido de la situación de maltrato y viven de forma autónoma, mostraban un mejor apoyo, tanto estructural como percibido, así como más fuentes de apoyo a las que acudir que las que aún estaban viviendo una relación violenta. Dentro del grupo de mujeres maltratadas, las que tenían mejores relaciones sociales eran las que tenían un nivel de estudios más alto, así como las que llevaban más tiempo con la relación y/o la comenzaron más jóvenes, hecho que puede ser debido a la “normalización” social de la situación de maltrato.

### 5.1.6. Estrés

Una persona que vive con alguien que la maltrata es probable que desarrolle una respuesta de estrés cuando es atacada (Unger y Crawford, 1992). En diversos trabajos en los que se analiza esta problemática, se describen una amplia gama de síntomas que sufren las mujeres que están siendo maltratadas y que pone de manifiesto el elevado estrés psicológico que padecen como consecuencia, en muchas ocasiones, del estado de alerta permanente que tienen que adoptar cuando perciben que su integridad física y psicológica está amenazada. Así, en el estudio de Ellsberg, Caldera, Herrera, Winkvist, y Kullgren (1999), con mujeres nicaragüenses, aquellas que tuvieron puntuaciones altas en estrés emocional presentaban una probabilidad seis veces mayor de haber sufrido maltrato por parte de sus parejas alguna vez en su vida.

Ellsberg, Caldera et al. (1999) plantean que la severidad del maltrato parece ser un buen indicador de sufrir o no estrés, más que la duración del mismo. En su estudio encontraron que, si el maltrato sufrido había sido severo o muy grave y había acaecido en el último año, la probabilidad de sufrir estrés emocional era diez veces superior al de aquellas mujeres que no habían sido maltratadas. No obstante, aquellas mujeres que habían experimentado maltrato grave hacía más de un año, presentaban más estrés emocional que aquellas que habían sufrido maltrato moderado en el último año. Por otro lado, era más probable que carecieran de vínculos sociales de apoyo, tanto instrumental como familiar, las mujeres maltratadas que informaron de sufrir estrés. También era más probable que fueran más controladas por sus parejas, o que sus hijos también fueran maltratados física, psicológica o sexualmente. También encontraron una probabilidad significativa de que estas mujeres hubieran sufrido otras formas de violencia, además de la conyugal, y que en la familia de origen del agresor hubiera alguna historia de maltrato a la mujer.

En otro estudio, desarrollado en EEUU con mujeres latinas, se encontró que el estrés psicológico se relacionó con haber sufrido abuso sexual en la infancia y con maltrato psicológico por parte de la pareja reciente (Ramos y Carlson, 2004). Sin embargo, todos estos factores, por sí solos, no tenían una relación significativa con el estrés emocional en el estudio de Ellsberg, Caldera et al. (1999), aunque sí la tenía, en cambio, el haber sufrido maltrato por parte de su pareja. Por último, en esta misma

investigación, el 70% de los casos de estrés emocional en mujeres podía ser explicado por experiencias actuales de maltrato.

En el estudio que Cevallo et al. (2004) llevaron a cabo con mujeres de los barrios periféricos de Santiago de Chile, encontraron relación significativa entre sufrir estrés emocional y haber vivido experiencias de maltrato, físico y verbal, por parte de sus parejas. Estos autores encontraron evidencia de una relación directa entre el estado ansioso de las mujeres y la experiencia de situaciones estresantes en sus vidas, lo que se relacionaba, a su vez, con el estatus socioeconómico bajo de las familias y las dificultades y problemas derivados de éste.

El estrés emocional se ha relacionado también con puntuaciones altas en depresión y sintomatología de TEPT (Cevallo et al., 2004), y con problemas de salud a corto largo plazo (Woods y Wineman, 2004). De hecho, parece ser la misma dinámica de la violencia la que lleva a la confluencia de varios trastornos como los de estrés emocional y TEPT ya que, como afirma Golding (1999), si los ataques y/o amenazas por parte de la pareja son repetitivos, ese estrés se cronifica pudiendo llegar a desarrollar el cuadro sintomático de TEPT.

#### 5.1.7. Estado de salud, síntomas somáticos y consumo de medicamentos

La salud de las mujeres maltratadas supone un importante gasto anual para la sanidad de los distintos países (Campbell, 2002; Chrisler y Ferguson, 2006). En un estudio en EEUU, con mujeres afroamericanas que habían sufrido violencia por parte de sus parejas, se encontró que mostraron significativamente más problemas de salud general y más visitas a los servicios sanitarios por problemas de este tipo que las que no habían sido maltratadas (Schollemberger et al., 2003). En concreto mostraron haber padecido en el último año, significativamente, más problemas en el sistema nervioso central, afecciones de tipo gastrointestinal, problemas ginecológicos y enfermedades de transmisión sexual, así como un mayor uso de los servicios de emergencias. En estudios realizados por la OMS en diferentes países se ha encontrado que, en la mayoría de ellos, las mujeres maltratadas entrevistadas afirmaban, con mayor frecuencia, que su estado de salud era malo o muy malo en comparación con las mujeres que nunca habían sufrido tales abusos. Solían mencionar problemas para

caminar, para hacer sus tareas cotidianas y se quejaban con más frecuencia de dolores y mareos, pérdidas de memoria e incluso de pérdidas vaginales en las cuatro semanas anteriores a la entrevista, aunque la experiencia de maltrato hubiera ocurrido hace tiempo (Ellsberg et al., 2008; OMS, 2005).

En un estudio realizado con una amplia muestra de mujeres australianas de mediana edad se comprobó que su salud y bienestar psicológico era bastante peor, en esta etapa de la vida, si habían experimentado maltrato por parte de su pareja alguna vez en el pasado (Loxton et al., 2006). Se han encontrado, a su vez, relaciones significativas entre haber experimentado maltrato físico y/o sexual por parte de la pareja alguna vez en la vida e informar de síntomas específicos de enfermedad o mala salud (Ellsberg et al., 2008). El 60% de las mujeres del estudio de Domínguez et al. (2008) reconocieron que el maltrato les había provocado problemas de salud. Por lo general, las mujeres que han sufrido la violencia de sus parejas, han tenido a lo largo de sus vidas más operaciones quirúrgicas, más visitas médicas, ingresos hospitalarios, visitas a farmacias y consultas de salud mental que las no-maltratadas (Heise y García-Moreno, 2003).

Entre el 40% y el 72% de las mujeres que han sido maltratadas físicamente por sus parejas, han sufrido alguna lesión física como consecuencia directa del maltrato alguna vez en su vida. Así lo afirman Heise y García-Moreno (2003) a raíz de la revisión realizada de diversos estudios basados en la población. En otra investigación de tipo multicultural llevada a cabo con una amplia muestra de mujeres maltratadas por su pareja, los porcentajes entre países oscilaron entre el 19% y el 55% de aquellas que habían sufrido algún daño a lo largo de su vida como consecuencia del maltrato, siendo más frecuentes estas lesiones en unas culturas que en otras. La mayor parte fueron daños poco graves tales como cortes, quemaduras, contusiones, mordiscos o pinchazos, pero también hubo una importante proporción de lesiones de mayor gravedad tales como heridas en los ojos, bofetadas, dientes partidos e, incluso, fracturas de huesos como consecuencia de las agresiones. A su vez, entre el 23% y el 80% de estas mujeres necesitaron asistencia médica en alguna ocasión debido a los daños ocasionados por la violencia (Ellsberg et al., 2008). En España, el 25% de una muestra de mujeres maltratadas evaluadas, reconoció haber recibido asistencia médica en alguna ocasión a causa del maltrato (Domínguez et al., 2008). En los centros de salud y hospitales, se ha

registrado una mayor proporción de lesiones en la cabeza, cara, cuello, tórax, pechos y abdomen en las mujeres maltratadas que en aquellas que llegaron por cualquier otro motivo (Campbell, 2002). Incluso muchas mujeres pueden presentar daños neurológicos a causa de haber recibido repetidos golpes en su cabeza (Walker, 1991).

Además de las lesiones y daños físicos directos sufridos, las mujeres maltratadas suelen presentar más problemas de salud general a corto y largo plazo (Woods et al., 2005). En un estudio llevado a cabo en Canadá, dos terceras partes de una muestra de 309 mujeres maltratadas por sus parejas padecían dolores crónicos como migrañas, dolores de espalda o inflamación de las articulaciones frente al 18% que presentaba estas afecciones de la población general (Woods y Wineman, 2004). En España, Matud (2004b) encontró que son las mujeres maltratadas por su pareja, en comparación con las mujeres no maltratadas, las que informan de sufrir un mayor número de enfermedades. Más aún, la diferencia no solo residía en la cantidad de enfermedades de las que informaban, sino también respecto al tipo de afecciones que presentaban. De este modo, en el grupo de las mujeres víctimas de violencia doméstica, la enfermedad que citaron con más frecuencia fue la depresión, seguida de los trastornos de ansiedad y los problemas de tipo osteomuscular en tercer lugar. Sin embargo, en el grupo de mujeres no maltratadas se registró mayor variabilidad en el tipo de enfermedades que informaron, siendo en este caso las dolencias de tipo osteomuscular las más habituales, seguidas de la hipertensión, los trastornos de ansiedad, la depresión y los trastornos metabólicos sucesivamente. Por otro lado, hay autores que encuentran, además, la mediación de ciertas variables sociodemográficas sobre el impacto que produce el maltrato en la salud de las mujeres señalando la edad, el bajo nivel de estudios y la pobreza como factores asociados a una peor salud en mujeres que están siendo o han sido maltratadas en el pasado por sus parejas (Tolman y Rosen, 2001).

El haber experimentado este tipo de traumas violentos parece tener también una relación significativa con padecer problemas de salud a largo plazo (Gerber, Wittermberg, Ganz, Williams y McCloskey, 2007; Woods y Wineman, 2004). Campbell (2002) llevó a cabo una revisión de las investigaciones publicadas en inglés en la década anterior, tanto en EE.UU. como en otros países en vías de desarrollo, dónde se analizan las consecuencias de salud física y mental que para las mujeres

supone sufrir violencia por parte de sus parejas en el entorno del hogar. A la primera conclusión a la que llegó la autora es que los problemas de salud que presentan las supervivientes de este tipo de violencia persisten durante un largo periodo de tiempo, aún cuando la relación ya ha terminado, haciéndose patente a través de un peor estado de salud general, mala calidad de vida y mayor uso de los servicios de salud. Según esta revisión, en el último año se registró una mayor proporción de mujeres que acudieron a los centros de salud y urgencias por motivos de maltrato conyugal, que por cualquier otra razón, aunque menos de la mitad de ellas declararon haberlo hecho por motivos de maltrato. Por otro lado, las lesiones sufridas, el miedo a un nuevo ataque y el estrés que provoca vivir en esta situación, frecuentemente ocasiona a las mujeres dolores o problemas crónicos de salud tales como migrañas o dolores de espalda. Asimismo, suelen padecer problemas en el sistema nervioso central, así como desvanecimientos y ataques de ansiedad. De un 10% a un 44% de las mujeres presentaron síntomas de asfixia debido a un estrangulamiento incompleto lo que, en ocasiones, había desencadenado graves problemas de salud o incluso secuelas neurológicas. Las mujeres igualmente informaron de más problemas gastrointestinales y desórdenes de la alimentación, asociados generalmente al estrés crónico. También afirmaron tener más síntomas de problemas cardíacos, dolor de pecho e hipertensión.

En otro estudio se constató una mayor proporción de problemas relacionados con el sistema inmunológico en mujeres que habían sufrido violencia por parte de sus parejas y, sobre todo, en aquellas que además habían sido diagnosticadas con TEPT y TEPT/depresión (Woods et al., 2005). En otro estudio con mujeres afroamericanas se encontró que los mayores niveles de estrés de las relaciones de pareja abusivas se traducían en problemas de hipertensión, ya que era frecuente en estas circunstancias la interacción entre el estrés ocasionado por la violencia, factores hereditarios y estilos de vida concretos, desencadenando una mayor probabilidad de padecer esta enfermedad (Schollemberger et al., 2003). Del mismo modo, Woods y Wineman (2004) observaron en las mujeres que habían sido maltratadas por su pareja en el pasado, un amplio rango de síntomas de tipo neuromuscular y problemas psicológicos relacionados con el estrés durante el último año.

Finalmente, la bibliografía muestra que las mujeres que sufren maltrato por parte de sus parejas tienen menos control sobre su salud reproductiva, hacen un menor

uso de anticonceptivos, sufren más embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual y se sienten más desprotegidas ante la posible infección por el virus del VIH (Dude, 2007; Pallitto et al., 2005; Williams, Larsen y McCloskey, 2008; Wingood et al., 2000).

En relación al consumo de medicamentos, diversas investigaciones han constatado cómo las mujeres maltratadas por su pareja, además de acudir más veces a los profesionales de la salud, consumen más medicamentos. En el estudio de Matud (2004b) se comprobó que eran las mujeres que habían sido maltratadas, en comparación con las que no habían tenido esta experiencia, las que consumían más cantidad de medicamentos. Además, los ansiolíticos eran los medicamentos más consumidos, seguidos de los antidepresivos. Por el contrario, las mujeres que no habían sido maltratadas hacían un menor consumo de medicamentos siendo los ansiolíticos y los calmantes los más usados. En el trabajo de Loxton et al. (2006), con mujeres australianas de medianas edad, eran las que habían sufrido violencia alguna vez en sus vida las que con más probabilidad habían consumido medicamentos para la depresión y la ansiedad en las últimas cuatro semanas. En el estudio de Burke et al. (2005) se encontró que el consumo de fármacos de desconocida procedencia, en comparación con el alcohol y otras drogas, era la adicción más fuertemente relacionada con las experiencias de maltrato por parte de la pareja. Wuest et al. (2007), aunque no encontraron diferencias significativas en la frecuencia del consumo de medicamentos entre las mujeres maltratadas y las de la población general de la misma edad, sí comprobaron que el patrón de uso de los medicamentos en mujeres maltratadas por su pareja difería sustancialmente del resto. El consumo de opiáceos era más frecuente en las mujeres víctimas de violencia, así como los ansiolíticos y los antidepresivos. Sin embargo era menos probable que tomaran anticonceptivos orales, medicamentos que se compran sin receta y tratamientos para resfriados y gripes.

#### 5.1.8. Consumo de alcohol y drogas

Existen investigaciones que apoyan la hipótesis de que la violencia por parte de la pareja puede constituir un desencadenante del desarrollo de adicciones al alcohol y/o las drogas por parte de las mujeres maltratadas (Wingood et al., 2000; Salomón et al., 2002). Burke et al. (2005) encontraron una alta prevalencia de consumo de drogas

ilegales en una amplia muestra de mujeres víctimas de maltrato por parte de sus parejas. En el estudio de Salomón et al. citado se encontró que el abuso de la mujer podía predecir el consecuente consumo de drogas por parte de las víctimas, aunque no encontraron la misma asociación con el alcohol. Golding (1999), por su parte, señala la tendencia al abuso de alcohol y otras drogas por parte de las mujeres víctimas de violencia. Según la revisión de Campbell (2002) los problemas de abuso de alcohol y drogas de las mujeres que acudían a los centros de salud iba precedido en muchos de los casos de experiencias de maltrato. Clark y Foy (2000) encontraron, por su parte, una relación positiva entre las formas de maltrato más graves por parte de la pareja y el consumo de alcohol por parte de las mujeres víctimas. A su vez, James et al. (2004) registraron que un amplio grupo de las mujeres de su estudio que vivían en relaciones de pareja violentas eran importantes consumidoras de cocaína la cual, en muchas ocasiones, eran proporcionadas por sus propios compañeros. Del mismo modo, en otro estudio con muestras clínicas, se encontró una relación significativa entre ser maltratada por la pareja y el consumo de heroína, y en menor medida, de marihuana, crack y cocaína (EI-Bassel et al., 2005). Finalmente, Matud (2004b) en su estudio con mujeres españolas, encontró un mayor consumo diario de cigarrillos en las víctimas de maltrato por parte de la pareja.

En los estudios que aportan datos del consumo de alcohol y drogas en las mujeres maltratadas por su pareja no se encuentran, sin embargo, ninguno que analice la asociación entre los distintos tipos e intensidad de maltrato con los diferentes tipos de sustancias consumidas. Tan solo Echeburúa et al. (2008), documentan mayor frecuencia de consumo de sustancias por parte de las víctimas que sufren niveles más graves de violencia de la pareja.

La investigación hasta el momento, no obstante, no ha podido establecer una relación causal entre violencia y abuso de sustancias ya que muchos de los trabajos que aportan datos en este sentido son estudios trasversales, realizados con muestras seleccionadas a través de diferentes servicios de asistencia de alcoholismo y drogodependencias o casas de acogida. Pero sí se ha aportado desde la investigación algunas variables circunstanciales que pueden favorecer que esta asociación se establezca. Por ejemplo, Campbell (2002) afirma que este es un problema que



presentan con cierta frecuencia las mujeres víctimas de violencia en los países industrializados siendo menos probable en los países en vías de desarrollo.

En el estudio de James et al. (2004), el consumo de cocaína por parte de las mujeres que eran maltratadas por sus parejas se asoció con disponer de limitadas redes sociales donde apoyarse. Además, se registraron otras variables mediadoras ya que los niveles de alcoholismo más severo por parte de las mujeres maltratadas se relacionaron significativamente con haber sido víctima de abuso sexual durante la infancia y con un historial de alcoholismo por parte de la madre de la víctima que, a su vez, se relacionó con el historial de maltrato del padre a la madre. Por otra parte, en el estudio de Salomón et al. (2002), haber sido víctima de abuso sexual durante la infancia y el diagnóstico en TEPT aumentaba la probabilidad del consumo adictivo de sustancias de la mujer. Sin embargo, estas variables no mediaron en la relación causal entre violencia por parte de la pareja y la consecuente drogadicción por parte de la mujer, sino que solo el maltrato de la pareja se desveló como causante del abuso de sustancias. Por otro lado, el abuso de drogas y alcohol por parte de la pareja constituyó una variable psicosocial que repercutió en la adopción de adicciones a sustancias por parte de la mujer, pero tampoco se identificó en este estudio como variable mediadora entre el maltrato a la mujer y su consecuente consumo de drogas y alcohol.

Parece ser que, en la mayoría de los casos, el consumo de drogas y alcohol por parte de las mujeres que han sido víctimas de maltrato por parte de su pareja se debe a una estrategia de afrontamiento a su situación y no a un hábito anterior de consumo de sustancias (Wingood et al., 2000; Salomon et al., 2002). Echeburúa et al. (2003), atribuyen este abuso de alcohol, drogas, e incluso fármacos, a una forma inadecuada de afrontar su realidad que pueden adoptar las mujeres al verse incapaces de encarar la situación de otra manera. De hecho, en el estudio de James et al. (2004), algunas de las mujeres reconocieron que empezaron a hacer uso de las drogas como forma de soportar su situación. Más aún, en un estudio en el que se incluyó a mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja en programas de rehabilitación de drogas, aquellas que eran consumidoras de sustancias asiduamente reconocían sentirse más temerosas ante la violencia en la medida en que fueron reduciendo este consumo (Bennett y O'Brien, 2007). Además, el estado de abstinencia de las mujeres podía incrementar la posibilidad de maltrato físico y psicológico hacia ellas, y el ser más concientes de la

gravedad de su situación les provocaba un mayor estrés y preocupación ante los posibles episodios de violencia, pero también les obligaba a tomar más medidas en pro de su seguridad. Es más, Burke et al. (2005) llaman la atención sobre el hecho de que el consumo de ciertos fármacos como los tranquilizantes, lejos de ser útiles para el afrontamiento de la mujer de la violencia, pueden situarla en un mayor peligro ante su agresor al reducir su capacidad de reacción. En el estudio de Bennett y O'Brien (2007) se observó cómo las mujeres, cuando reducían la frecuencia del consumo de drogas, aumentaban de forma significativa su auto-eficacia y percepción de control ante el maltrato. Por otro lado, parece ser que muchas mujeres comienzan a consumir drogas y alcohol por acceder a las peticiones y deseos de sus parejas, ya que en el estudio de Salomon et al. (2002), la incitación por parte del compañero sentimental al consumo sustancias se relacionó positivamente con el consecuente abuso de sustancias por parte de ellas.

Otros autores relacionan el abuso de sustancias en mujeres maltratadas con otras variables de salud física y mental. Campbel (2002) apoya la hipótesis de que es más probable este abuso en mujeres diagnosticadas de TEPT, ya que el consumo de alcohol y drogas puede ayudarles a calmar o hacer frente a cierto grupo de síntomas propios de este trastorno. Salomon et al. (2002), aunque señalan que el diagnóstico de TEPT no tiene un efecto mediador entre el maltrato sufrido y el consumo de drogas, sí observaron que sufrir este trastorno, sumado al hecho de haber experimentado abuso durante la infancia, potenciaba la probabilidad de un posterior consumo de drogas en la adultez. En otro estudio donde se evaluó el grado de adicción al alcohol y otras drogas entre mujeres HIV-positivo, y HIV-negativo, se vio que los problemas con el alcohol en mujeres HIV-positivo era bastante más frecuente y que esta condición se asociaba, del mismo modo, con el consumo de varios tipos de drogas (Burke et al., 2005).

## **5.2. Consecuencias en la salud física y psicológica de los hijos e hijas de las mujeres maltratadas por su pareja**

El maltrato a la mujer por su pareja suele ser presenciado en muchos de los casos por los hijos e hijas quienes, frecuentemente, son menores de edad y que, en ocasiones, se convierten también en víctimas directas de la violencia. De hecho, parece ser que existe una mayor probabilidad de ser víctima de la violencia, tanto física como

sexual durante la infancia, cuando se es testigo del maltrato del padre hacia la madre (Griffing et al., 2006). Una encuesta nacional realizada en Nicaragua desveló que, en más de la mitad de los casos en los que las mujeres habían sido maltratadas física o sexualmente por su pareja, estas agresiones habían acaecido en presencia de los hijos e hijas (Centro Reina Sofía, 2008b). En España, Domínguez et al. (2008) encontraron que hasta un 66% de las mujeres entrevistadas para su estudio reconocieron haber sido maltratadas en presencia de sus hijos. Las estadísticas, ofrecidas por el Centro Reina Sofía (2008a), permiten precisar que entre el 10 y el 14% de los asesinatos de mujeres realizados por sus parejas en España habían ocurrido en presencia de los hijos. En otro estudio, realizado en Nicaragua, se encontró que en casi el 50% de los casos los niños eran testigos del maltrato que sus padres infringían a sus madres y esta circunstancia les situaba en una probabilidad casi siete veces mayor de ser víctimas también de la violencia (Ellsberg et al., 2000).

Existen diversos estudios que documentan un índice de co-ocurrencia del maltrato a madre e hijos superior al 60% (Edleson, 1999; Moffitt y Caspi, 1998). En España, Sarasua et al. (1994) encontraron en un estudio con 131 mujeres maltratadas del País Vasco, que en el 88% de los casos, el maltrato a la mujer estaba asociado con el maltrato a los hijos e hijas. En el estudio de Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997), con hombres maltratadores, estos reconocieron en el 31% de los casos, maltratar también a sus hijos, habitualmente de forma emocional. En el estudio de Amor et al. (2002) se encontró que, en el 63% de los historiales de violencia a la mujer evaluados, el maltrato se había extendido también a los hijos. Y en estudios llevados a cabo en las Islas Canarias se encontró que la relación entre maltrato a la mujer y los hijos se daba en más de la mitad de los casos (Matud, 1999, 2007).

Existe evidencia empírica de que la violencia conyugal afecta a los hijos y las hijas en todos los niveles: social, psicológico y comportamental; y en todas las etapas de su desarrollo. De hecho, el maltrato a la mujer durante el embarazo y las consecuencias que esto supone sobre la madre y la salud del feto es un tema sobre el que ha aumentado el interés de la investigación en los últimos años al comprobar su alta prevalencia (Campbell, García-Moreno y Sharps, 2004). Una revisión bibliográfica llevada a cabo entre los años 2001 y 2006 desvela que entre un 3% y un 19% de las mujeres embarazadas son víctimas de maltrato durante el periodo de gestación (Sharps,

Laughon y Giangrande, 2007). En España, Domínguez et al. (2008) encontraron un porcentaje del 61% de las mujeres maltratadas que habían sufrido la violencia durante el embarazo. Por otro lado, se ha encontrado que es menos probable que las mujeres embarazadas que son maltratadas por sus parejas lleven a cabo un seguimiento regular del embarazo, suelen ser menos participativas en la preparación del parto y es más posible que interrumpan voluntariamente dicho embarazo (Hirigoyen 2006). Algunos señalan que el detonante de esta violencia a la mujer durante su embarazo puede ser los sentimientos de frustración o ambivalencia del padre hacia la llegada del hijo (Hirigoyen). En todo caso, existe evidencia empírica de las consecuencias negativas que en el feto y en los bebés tiene la violencia física y psicológica ejercida sobre la madre pudiendo provocar partos prematuros, bebé de poco peso o mortalidad prenatal.

En el estudio que llevaron a cabo Valdez-Santiago y Sanín-Aguirre (1996), con una muestra de 110 mujeres, se pudo constatar cómo las mujeres que eran maltratadas tenían tres veces más probabilidades que las que no sufrían violencia de presentar complicaciones en el parto y en el posparto inmediato; y los bebés tenían cuatro veces más posibilidades de nacer con bajo peso. En otro estudio se observó que, aquellas mujeres que daban a luz bebés con bajo peso, tenían una prevalencia tres veces mayor de haber sufrido violencia por parte de la pareja que aquellas cuyos bebés nacían con un peso normal (Rosen, Seng, Tolman y Mallinger, 2007). Además, en este trabajo, se encontró que el maltrato a las mujeres por parte de la pareja tuvo un papel fundamental en los bebés con bajo peso al nacer cuando, a la vez, las madres sufrían trastornos consecuentes del maltrato como la depresión y TEPT. Y en otras investigaciones se han encontrado datos de incidencia significativamente mayores de bajo peso al nacer en hijos e hijas de mujeres que habían sido víctimas de violencia verbal, en comparación a las que no habían sido maltratadas (Yost, Bloom, McIntire y Leveno, 2005).

Vivir en un ambiente donde se maltrata supone un factor de riesgo para los hijos e hijas en relación a desarrollar problemas emocionales y de conducta, tanto a corto como a largo plazo (Herrenkohl, Sousa, Tajima, Herrenkohl y Moylan, 2008). Desde su nacimiento, necesitan el afecto y la protección de la madre los cuales, en ocasiones, se ven mermados por los problemas de depresión y ansiedad que presentan las mujeres que están siendo maltratadas por su pareja (Ceballo et al., 2004; Sepúlveda, 2006). Street, King, King y Riggs (2003) aseguran que los efectos del maltrato en la

mujer por parte del hombre inciden directamente en la satisfacción marital, en la estabilidad en la pareja y, por ende, en el funcionamiento familiar general. De esta forma, Sepúlveda afirma que puede verse alterado el proceso de apego del hijo con su madre, pudiendo producir en los niños pequeños problemas emocionales tales como irritabilidad o trastornos afectivos, así como problemas de comportamiento. También Fariña, Villar y Suárez (2004) afirman que el equilibrio emocional de los hijos sufre el riesgo de ser alterado a causa de la violencia en la pareja. A su vez, en muchas ocasiones, aunque no son testigos “visuales” de la violencia, sí escuchan lo que ocurre en sus hogares y son conscientes y sufren, por tanto, del drama que se está viviendo (Edleson, 1999).

Varios estudios aportan evidencia empírica, por tanto, de que ser testigo de la violencia en el hogar ocasiona en los hijos e hijas el desarrollo de problemas emocionales, de comportamiento y de funcionamiento cognitivo (Edleson, 1999; Street et al., 2003). En la revisión que hacen Seijo, Fariña y Arce (2009) clasifican las consecuencias que presentan los hijos que viven en un hogar en el que se maltrata en tres tipos de problemas: psicoemocionales, físicos y conductuales. En relación a los problemas psicoemocionales, estos autores recogen de la bibliografía algunos síntomas tales como los relacionados con el TEPT, problemas psicológicos y psiquiátricos diversos, dificultad para controlar y expresar las emociones, miedos y fobias, baja autoestima, agresividad, entre otros. Se ha encontrado que los niños menores de 16 años que viven en hogares donde la madre está siendo maltratada se encuentran con un riesgo bastante mayor de desarrollar algún problema psicológico en comparación con otras familias que no tienen esta circunstancia. Ser testigo de la violencia se relaciona con experimentar problemas emocionales y de comportamiento en los hijos durante la infancia y la adolescencia, así como el surgimiento de síntomas relacionados con el trauma, depresión y ansiedad (Matud, 2007; Street et al.). Se ha observado que la capacidad de afecto puede estar alterada, carencias que el niño puede manifestar a través de trastornos de hiperactividad y carácter irascible, entre otros (Hirigoyen, 2006). También se ha descrito una relación entre determinadas formas de violencia y sintomatología concreta en los hijos. Así, en el estudio de Griffing et al. (2006) se constató que ser víctima de abuso sexual en la infancia se relacionaba con síntomas de hiperactivación, y haber sido testigo del maltrato propiciado por el padre hacia la madre

podía predecir la sintomatología de tipo intrusivo. También los hijos pueden desarrollar trastorno de TEPT, una de las secuelas psicológicas que, como ya se revisó, más frecuentemente presentan las mujeres que han sido maltratadas por su pareja. Algunos estudios aportan evidencias de una mayor probabilidad de desarrollar TEPT como consecuencia de haber sido testigo y/o víctima de violencia a la madre por parte de su pareja durante la niñez (Seijo et al., 2009; Villavicencio y Sebastián, 1999).

En algunos estudios se ha encontrado que presenciar la violencia del padre hacia la madre está más fuertemente relacionado con la exteriorización de síntomas como la agresividad y los comportamientos disruptivos en los niños que en las niñas (Evans, Davies y DiLillo, 2008). No obstante, en otras investigaciones no se ha encontrado diferencias de género en las probabilidad de desarrollar problemas emocionales entre los hijos e hijas de estas familias, ni siquiera en el tipo de trastornos y la clase de síntomas que experimentan, siendo igualmente dañina esta experiencia para los chicos como las chicas (Matud, 2007; Street et al., 2003). En cualquier caso, los problemas conductuales en los hijos e hijas de parejas violentas han sido descritos en la bibliografía, siendo algunos de estos la falta de empatía, poca tolerancia a la frustración, escasez de habilidades en resolución de problemas, agresividad, estrategias de afrontamiento desadaptativas, retraimiento social, falta de autocontrol, problemas de aprendizaje, conductas antisociales, desconfianza y hostilidad hacia los demás, etc. (Seijo et al., 2009).

Ha sido constatado, por tanto, en la investigación, que ser víctimas y/o testigo del maltrato del padre a la madre durante la infancia puede ocasionar en el niño problemas de salud mental y de comportamiento de diversa índole, sin embargo su influencia en su salud física aún no ha sido muy estudiada. A pesar de ello existen algunos estudios que apuntan a una mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud y enfermedades relacionadas en estos niños que han tenido estas experiencias. De esta forma, en el estudio que Matud (2007) llevó a cabo con una muestra de 420 mujeres que habían sufrido la violencia de sus parejas en las Islas Canarias, se pudo comprobar cómo, aunque cerca de la mitad de estas mujeres tenía al menos un hijo o hija con problemas de salud, el 13,6% de hijos tenía problemas de salud física y en el 7,6% eran físicos y psicológicos. Se encontró una proporción ligeramente mayor de problemas respiratorios en estos niños en comparación con las estadísticas de la

población general. En estudios desarrollados en América Latina se encontró que la violencia en la pareja estaba fuertemente relacionada con peor nutrición en los hijos y altos índices de mortalidad infantil (Heaton y Forste, 2008). Y Seijo et al. (2009) recogen a través de su revisión sobre el tema, síntomas de peor salud en estos niños de diversa índole como sintomatología somática, problemas de sueño y alimentación, retraso en el crecimiento, problemas motores, etc.

En todo caso, es importante señalar que no todos los hijos e hijas de mujeres maltratadas tienen problemas de salud física y/o mental. Así, en el estudio ya citado de Matud (2007) realizado con 420 mujeres maltratadas por su pareja que tenían al menos un hijo o hija, sumando un total de 406 hijas y 504 hijos, se encontró que, según la información de sus madres, el 27,4% de hijos e hijas tenía problemas psicológicos, el 13,6% tenía problemas de salud física y el 7,6% tenía problemas físicos y psicológicos. Pero se desconoce cuáles son los factores que inciden en que su salud se resienta o no ante la situación de violencia experimentada en su familia de origen. En el estudio de Matud citado se encontró que existía un mayor riesgo de que hijos e hijas desarrollasen problemas de salud en los casos en que las madres eran de más edad, tenían más hijos y llevaban más años sufriendo la violencia por parte de la pareja. Pero no había diferencias en los problemas de salud de los hijos e hijas entre las mujeres que habían sufrido maltrato físico y psicológico y las que habían sido maltratadas solo psicológicamente (Matud, 2007). También variables como la edad de los hijos, su capacidad cognitiva y su resistencia a situaciones traumáticas son señaladas por Seijo et al. (2009) como variables que pueden estar mediando en que los hijos e hijas lleguen o no a desarrollar los distintos trastornos.

Por otro lado, como ya se ha dicho anteriormente, Rosen et al. (2007) encontraron relación entre algunos problemas psicológicos de la madre como consecuencia del maltrato con el bajo peso al nacer de los bebés, y otras investigaciones han descrito carencias en las necesidades de afecto y protección de los hijos e hijas por los problemas de depresión y ansiedad de las madres (Ceballos et al., 2004; Sepúlveda, 2006). Sin embargo otros estudios no encontraron un efecto de la mala salud mental de las mujeres como consecuencia del maltrato en la evolución psicológica y emocional de los hijos. En otras palabras, aunque el hecho de que la madre sea víctima de violencia parece ser fundamental en la aparición de problemas de

salud física y psicológica en los hijos e hijas, no parece existir una correlación entre los problemas emocionales de la madre tales como la depresión, ansiedad, insomnio o baja autoestima con el desarrollo de trastornos psicológicos en sus hijos (Chemtob y Carlson, 2004; Matud, 2007).

Otra cuestión que parece tener relevancia en las consecuencias que tiene en los hijos el maltrato a la mujer por su pareja, es el hecho de que sean testigos o no de la violencia que ocurre en sus hogares. En el estudio de Ellsberg et al. (2000), realizado en Nicaragua, se encontró que los niños y las niñas que eran víctimas y/o testigos del maltrato de sus padres hacia sus madres tenían el doble de posibilidades de sufrir problemas de aprendizaje, de conducta y emocionales. Sin embargo, estas diferencias con los hijos de las mujeres no maltratadas por sus parejas, no fueron significativas en los casos en los que los niños no eran testigos de la violencia, denotando que el hecho de presenciar y ser consciente de la violencia resulta mucho más perjudicial y aversivo para los hijos. Sin embargo, sí existe evidencia empírica de mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud, tanto psicológicos como físicos, si además de ser testigo de la violencia que hacia la madre ejerce su pareja, son víctimas directas de maltrato por parte del agresor (Matud 2007).

Los niños reaccionan de distintas formas durante los episodios de violencia entre sus padres, en muchas ocasiones pretenden defender a la madre o intentan desviar la atención del padre a través de conductas disruptivas. Ante este ambiente pueden adoptar diversas estrategias de defensa como la agitación y la violencia, u ocultando el trauma en sí mismos simulando que nada les afecta. Sin embargo este trauma es probable que termine apareciendo con la manifestación de diversos trastornos (Herigoyen, 2006). A este respecto se han descrito en los niños y niñas problemas de ansiedad, depresión, fracaso escolar, baja autoestima, desobediencia, pesadillas, trastornos de alimentación o problemas de salud física (Salber y Taliaferro, 2000). La gravedad de las consecuencias pueden variar en función de la edad de los hijos, la intensidad y frecuencia de los episodios de maltrato, de su duración, del apoyo exterior recibido, o de que sean víctimas o testigos (Bosch y Ferrer, 2002). Además, tales secuelas en los hijos no tienen por qué desaparecer cuando estos crecen y se hacen adultos (Matud, 2007). Con relación a esto se ha encontrado que los niños que presenciaron violencia entre sus padres, cuando alcanzaron la edad adulta mostraron



una mayor probabilidad de sufrir problemas de salud mental, alcoholismo, abuso de sustancias y delincuencia, dejando patente los efectos negativos que sobre el ajuste psicológico y social supone el haber vivido tales experiencias en el hogar (Dube, Anda, Felitti, Edwards y Williamson, 2002; Fergusson y Horwood, 1998). En otra investigación se encontró como única relación significativa el ser testigo de violencia en la infancia y experimentar síntomas relacionados con el trauma en la adultez (Davies, DiLillo y Martínez, 2004). También se ha relacionado significativamente con el uso de la violencia en la adolescencia (Edleson, 1999; Lichter y McCloskey, 2004). En la revisión de la bibliografía que hace Edleson (1999) se apunta a una mayor prevalencia de problemas a largo plazo entre los niños que han vivido la violencia entre sus padres en el hogar. Así, se señalan algunos trastornos en la edad adulta como depresión, estrés, poco ajuste social, síntomas relacionados con el trauma y baja autoestima en las mujeres y síntomas relacionados con el trauma esencialmente en hombres. Del mismo modo, en esta revisión se aportan evidencias de una mayor tolerancia a la violencia en las relaciones íntimas adultas en estos hijos e hijas.

Existen muchas otras formas de hacer partícipes a los hijos de la violencia que el padre ejerce sobre la madre (Edleson, 1999). Así por ejemplo, muchos hombres utilizan el maltrato a los hijos como una forma de violencia contra las madres, o los obligan a ser testigos para aumentar el sufrimiento de sus víctimas. Cuando llega el momento de la ruptura, los niños son utilizados en muchas ocasiones como moneda de cambio en el conflicto entre sus padres. Es frecuente que los hijos se conviertan en instrumento de chantaje cuando, por ejemplo, el padre amenaza a la madre con quitarle la custodia de sus hijos si lo abandona, retienen a los hijos para que la madre se vea obligada a volver con él, o los interrogan para estar al tanto de las actividades de la madre. Incluso ha ocurrido en ocasiones que los hijos son secuestrados por el padre como venganza (Edleson, 1999). En el momento de la separación, los niños se pueden sentir atrapados en un conflicto interno de lealtad a sus progenitores cuando son obligados a elegir o tomar partido, siendo víctimas directas del conflicto conyugal de sus padres (Herigoyen, 2006).

En algunos casos, las madres que han sido maltratadas por sus parejas han confesado que ellas también eran violentas con sus hijos, sin embargo, estos casos no eran tan comunes como aquellos en los que el maltratador de la madre también agrede a

los niños. A su vez, la violencia de la madre a los hijos no suele ser física, sino más bien de tipo emocional. De hecho, algunos estudios en los que se ha preguntado a las madres que sufrían maltrato en su relación de pareja por este tema, algunas de ellas han reconocido ejercer castigos psicológicos duros o negligencia en los cuidados a sus hijos e hijas (Zolotor, Theodore, Coyne-Beasley y Runyan, 2007). En cualquier caso existe evidencia de que esta circunstancia de maltrato de la madre hacia sus hijos e hijas también tiene consecuencias negativas para la salud psicológica de los niños (Matud, 2007). No obstante, el hecho de que la mujer esté siendo maltratada por su pareja no significa que esté mermada su capacidad de cuidar y proteger a sus hijos e hijas. A este respecto, en la investigación de Matud (2007) con 420 mujeres que habían sido maltratadas por sus parejas, llama la atención que era más probable que recibieran algún tratamiento psicológico los hijos e hijas de las mujeres que presentaban peor salud mental como consecuencia de la violencia. También se comprobó en otra investigación llevada a cabo en Nicaragua que el hecho de que los niños se vieran implicados en la violencia de sus padres era un factor más estresante para la mujer que el sufrimiento propio del maltrato (Ellsberg et al., 2000).



# INVESTIGACIÓN EMPÍRICA

---

- 6. Introducción**
- 7. Objetivos**
- 8. Hipótesis**
- 9. Variables**
- 10. Método**
  - 10.1. Participantes**
  - 10.2. Instrumentos**
  - 10.3. Diseño**
  - 10.4. Procedimiento**
- 11. Análisis de los datos**
- 12. Resultados**

## 6. INTRODUCCIÓN

---

La revisión bibliográfica realizada ha permitido una aproximación al problema que a nivel mundial padecen las mujeres que son maltratadas por sus parejas. Algunas conclusiones que se desprenden de la investigación que se ha estado llevando a cabo al respecto en las últimas décadas apuntan a que el maltrato a las mujeres por parte de sus parejas supone un gran problema de tipo social, de salud pública y de derechos humanos. Las consecuencias en la salud de las mujeres que han vivido estas experiencias son múltiples y variadas, llegando en muchas ocasiones a una extrema gravedad o incluso costando la vida de la mujer. La literatura científica aporta numerosos datos en relación a las consecuencias en la salud física y psicológica de las mujeres, pero también impacta en su desarrollo social y laboral, así como en la salud física y psicológica de sus hijos. Un problema de tal dimensión precisa del esfuerzo y el compromiso de la comunidad científica para llegar a un mayor conocimiento de sus consecuencias que permita una mejor atención a las víctimas y el diseño de estrategias efectivas de prevención e intervención. Aunque la situación está cambiando y, en muchos países, ha aumentado de forma importante los recursos que se han destinado para tal fin en los últimos años, aún siguen resultando insuficientes. Y todavía sigue siendo un fenómeno desconocido del que no se conocen las cifras reales de su incidencia y se continúa manteniendo en la privacidad de los hogares.

El maltrato a la mujer por parte de su pareja, lo sufren mujeres de todo el mundo y de cualquier clase social, nivel educativo y condición. Pero los recursos de los que se disponen para acabar con el problema y las medidas diseñadas para la prevención y atención de las víctimas distan mucho de unos países a otros, resultando en una gran desprotección y desamparo para las mujeres de los países menos desarrollados. A este respecto, Latinoamérica es un continente especialmente castigado con el problema de la violencia de género y El Salvador es uno de los países en los que las mujeres viven en peores condiciones, con una cultura de tradición machista y de discriminación hacia la mujer y donde la población femenina sufre con mucha frecuencia maltrato físico, psicológico y/o sexual por parte de sus parejas. Es por ello que se plantea esta investigación ya que es importante conocer la situación de estas mujeres, los patrones de maltrato al que son sometidas y su estado de salud física y mental.

Llegado este punto y tras haber realizado la revisión bibliográfica de la investigación existente hasta el momento sobre el maltrato a la mujer por su pareja, las consecuencias que esto supone para la salud de ellas y sus hijos así como los estudios que tienen por objetivo describir las características sociodemográficas de las víctimas, lo que nos permite contextualizar esta investigación, se expone la parte empírica de este trabajo de tesis.

A continuación, por tanto, se describen los objetivos de esta investigación, para pasar a definir las hipótesis generales y específicas, las variables dependientes, independientes y de control; el método, en el que se incluyen la descripción de las participantes, los instrumentos de evaluación empleados, el diseño de investigación seguido y el procedimiento. Después se describen el tipo de análisis de datos empleado para pasar a exponer los resultados y, finalmente, la discusión de los mismos. Para terminar, se incluye un apartado de conclusiones generales.

## **7. OBJETIVOS**

---

El objetivo general del presente trabajo es conocer las características sociodemográficas y de salud de las mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador. Los objetivos específicos son los que a continuación se exponen:

- 1) Conocer las características sociodemográficas de las mujeres maltratadas por su pareja.
- 2) Conocer el nivel formativo y laboral de las mujeres maltratadas por su pareja.
- 3) Recabar datos sobre el tipo y patrón de abusos de la pareja a la que han estado sometidas.
- 4) Conocer el tipo de medicamentos que consumen y su estado de salud auto-informado.
- 5) Recoger datos sobre el consumo del alcohol y otras sustancias adictivas tales como tabaco y drogas por las mujeres maltratadas por sus parejas.
- 6) Evaluar la presencia de trastorno de estrés postraumático y la gravedad de su sintomatología.
- 7) Evaluar la sintomatología de depresión grave.
- 8) Analizar la sintomatología de ansiedad e insomnio.

- 9) Evaluar la presencia de síntomas somáticos en las mujeres víctimas de maltrato.
- 10) Evaluar la sintomatología de disfunción social.
- 11) Analizar la percepción de apoyo social que tienen las mujeres maltratadas.
- 12) Revisar las fuentes de apoyo social con las que cuentan.
- 13) Conocer su nivel de autoestima y seguridad en sí mismas.
- 14) Evaluar el nivel de estrés de las mujeres maltratadas por sus parejas.
- 15) Analizar la relevancia de las variables sociodemográficas en el maltrato por parte de su pareja que sufren las mujeres.
- 16) Analizar la relevancia del apoyo social en el maltrato a la mujer por su pareja.
- 17) Conocer la asociación entre la intensidad, duración y tipo de maltrato con la salud, física y mental, de las mujeres maltratadas por su pareja.
- 18) Conocer las características sociodemográficas, laborales y de salud de los hombres que maltratan a sus parejas en El Salvador.
- 19) Conocer el consumo de alcohol y drogas de los hombres que maltratan a sus parejas en El Salvador.
- 20) Conocer las características sociodemográficas y la salud de los/as hijo/as de las mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador.

## 8. HIPOTESIS

---

Aunque el estudio que se propone es básicamente exploratorio, la revisión bibliográfica permite formular las siguientes hipótesis:

*Hipótesis General:* Las mujeres que han sido maltratadas por su pareja, tendrán peor salud física y mental que las que no han sufrido tal maltrato. De forma más específica se hipotetiza que:

*Hipótesis 1.1.:* Las mujeres que sufren maltrato por parte de sus parejas tendrán características sociodemográficas diversas.

*Hipótesis 1.2.:* Las mujeres maltratadas por su pareja tendrán más problemas de salud física que las que no han sido maltratadas por su pareja.

*Hipótesis 1.3.:* Las mujeres maltratadas por su pareja consumirán más medicamentos que las que no han sido maltratadas por su pareja.

*Hipótesis 1.4.:* La mitad de las mujeres maltratadas por su pareja presentarán trastorno de estrés postraumático.

*Hipótesis 1.5.:* Las mujeres maltratadas por su pareja tendrán mayor sintomatología depresiva que las que no han sido maltratadas por su pareja.

*Hipótesis 1.6.:* Las mujeres maltratadas por su pareja tendrán más síntomas de ansiedad e insomnio que las que no han sido maltratadas por su pareja.

*Hipótesis 1.7.:* Las mujeres maltratadas por su pareja tendrán más síntomas somáticos que las que no han sido maltratadas por su pareja.

*Hipótesis 1.8.:* Las mujeres maltratadas por su pareja tendrán mayor disfunción social que las que no han sido maltratadas por su pareja.

*Hipótesis 1.9.:* Las mujeres maltratadas por su pareja tendrán menor percepción de apoyo social que las que no han sido maltratadas por su pareja.

*Hipótesis 1.10.:* Las mujeres maltratadas por su pareja se sentirán más inseguras y tendrán menos confianza en sí mismas que las que no han sido maltratadas por su pareja.

*Hipótesis 1.11.:* Las mujeres maltratadas por su pareja tendrán más estrés crónico que las mujeres que no han sido maltratadas por sus parejas.

## **9. VARIABLES**

---

### Variables independientes:

- Presencia/ausencia de maltrato físico, psicológico y/o sexual (por selección)

### Variables dependientes:

- Número de enfermedades autoinformado
- Consumo de medicamentos
- Autoestima
- Apoyo social
- Disfunción social
- Trastorno de estrés postraumático



- Depresión grave
- Ansiedad e insomnio
- Síntomas somáticos
- Estrés

## 10. METODO

---

### 10.1. Participantes

La muestra total está formada por 329 mujeres de edades comprendidas entre 18 y 74 años procedentes de zonas rurales y urbanas de El Salvador. La edad media es de 34 años, la desviación típica de 9,5 y la mediana de 33. Dicha muestra se divide en tres grupos:

**Grupo 1: mujeres maltratadas de la muestra clínica.** Este grupo está formado por 144 mujeres maltratadas por su pareja que han acudido a pedir ayuda por su situación de maltrato y que, por tanto, son conscientes del problema que sufren. Las edades de estas mujeres son muy diversas, oscilando entre los 19 y 74 años. La media de edad es 36,18 años, la desviación típica de 9,4 y la mediana de 35.

Este grupo lo conforman, por tanto, mujeres maltratadas por su parejas y que habían acudido a alguna de las asociaciones de mujeres que colaboraron en el estudio; o bien habían acudido de forma individual contactando directamente con los investigadores por decisión propia tras haber conocido la existencia de la investigación o por recomendación de otras mujeres que ya habían participado en el estudio.

**Grupo 2: mujeres de la población general maltratadas por su pareja.** Está formado por un total de 87 mujeres con edades comprendidas entre 18 y 64 años de edad. La media es de 32,1 y la desviación típica de 8,5.

Este grupo de mujeres era víctima de maltrato por parte de sus parejas. Se trataba de mujeres que no habían acudido a pedir ayuda. La forma de acceder a ellas fue: se le solicitó su colaboración a través de las mismas asociaciones de mujeres que participaron en el estudio, así como por medio de las redes sociales del equipo de

investigación de El Salvador y demás miembros de la comunidad universitaria tales como profesorado, alumnado, investigadores y personal de administración y servicios de la Universidad.

**Grupo 3: mujeres de la población general no maltratadas por su pareja.**

Forman este grupo mujeres que no son maltratadas por parte de la pareja. Son un total de 98 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y 68 años de edad. La media es de 32,4 y la desviación típica de 9,9.

Estas mujeres no eran víctimas de maltrato por su pareja. La forma de acceder a ellas fue la siguiente: se les contactó a través de las mismas asociaciones de mujeres que participaron en el estudio y por medio de las redes sociales del equipo de investigación de El Salvador y demás miembros de la comunidad universitaria tales como profesorado, alumnado, investigadores y personal de administración y servicios de la Universidad.

## **10.2. Instrumentos**

Se aplicaron un total de nueve instrumentos tras ser adaptados a la población salvadoreña, excepto el *Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)* que ya estaba adaptado a dicha población por Gibbons, Flores y Mónico (2003). Los instrumentos se describen a continuación:

1) *Hoja de Recogida de Datos Sociodemográficos y de Salud* (Matud, 1999). Se trata de una prueba mediante la cual se recogen los principales datos sociodemográficos y de salud de la mujer maltratada por su pareja y de sus hijos/as, así como el consumo de medicamentos, alcohol y/o drogas por la mujer maltratada y su agresor (véase Anexo 1).

2) *Inventario de Autoestima (A Self-Esteem Inventory, SEQ)* (Rector y Roger, 1993). Instrumento que, en su versión original, contaba con 58 ítems con cuatro alternativas de respuesta que evalúa la autoestima de forma global desde el punto de vista del estrés y la salud y que fue validado para la población española. El que se aplicó en el presente estudio está formado por 25 ítems que corresponden a la versión reducida y validada para mujeres en España. El formato de respuesta es una escala tipo Likert de cuatro puntos, cuyo valor

mínimo, puntuado con 0 equivale a “nunca” y el valor máximo a “siempre”, que se puntúa con 3. Los ítems se agrupan en dos factores: uno está formado por 11 ítems que recogen los componentes de autoestima, seguridad y confianza en sí misma que se denomina Confianza en sí misma. El otro factor incluye 14 ítems que se refieren fundamentalmente a la autovaloración negativa y la inseguridad, por lo que se ha denominado Baja autoestima e inseguridad. En la muestra de validación de la población española, la consistencia interna del factor de Confianza en sí misma es de .89 y la de Baja autoestima e inseguridad es de .90. Ambos correlacionan -.66 y se agrupan en un factor general de autoestima cuya consistencia interna es de .93. En la muestra de este estudio, la consistencia interna del primer factor fue de .91 y la del segundo .93, siendo .95 la de la escala global (véase Anexo 2).

3) *Escala de Apoyo Social (AS-M)* (Matud, 1998). Es la aplicación para mujeres maltratadas por su pareja de la *Escala de Apoyo Social, AS* (Matud, 1998) y en el que se incluyen las fuentes de apoyo. Este instrumento se diseñó con el objetivo de evaluar de forma global y funcional el apoyo social percibido. Consta de 12 elementos con cuatro alternativas de respuesta que se refieren a la percepción de disponibilidad de apoyo en las áreas más relevantes (económica, laboral, afectiva, diversión...). Evalúa dos factores de apoyo social: Apoyo emocional, que está formado por 7 ítems y Apoyo instrumental, que está integrado por 5 ítems. En la muestra de validación con mujeres españolas, la consistencia interna del factor de Apoyo emocional fue de .85, y la de Apoyo Instrumental, de .78. Ambos factores correlacionaban .78 y la consistencia interna de la escala total de Apoyo social es de .90 (Matud, Ibáñez, Bethencourt, Marrero y Carballeira, 2003). En la muestra del presente estudio, la consistencia interna fue de .87 en cada uno de los factores y la de la escala global .93. La escala también permite recoger información sobre las fuentes de apoyo (véase Anexo 3).

4) *Inventario de Evaluación del Maltrato a la Mujer por su Pareja (APCM)* (Matud, 1999). Es un instrumento elaborado por Matud a partir de la revisión bibliográfica del área. En su versión final consta de 57 ítems que se refieren a conductas concretas del maltratador, ya sea relativas a maltrato físico (golpes,

empujones, mordiscos...), psicológico (insultos, acusaciones, degradaciones, minusvaloración, intentos de control, gritos, amenazas...), o sexual, que se puntúan en una escala tipo Likert que va desde la puntuación 0 que significa “nunca” a la puntuación 4 que se refiere a “casi siempre”. Las puntuaciones obtenidas en cada uno de estos tres tipos de maltrato reflejan la frecuencia e intensidad del maltrato sufrido. En la muestra de validación en población española, los 15 ítems que evalúan maltrato físico tienen una consistencia interna de .94; la consistencia interna de los 38 ítems que evalúan maltrato psicológico era de .93; y la de los 4 ítems que se refieren a maltrato de tipo sexual fue de .87. La consistencia interna en esta muestra fue de .94 para los 15 ítems que evalúan maltrato físico; de .97 para los 38 ítems que evalúan maltrato psicológico; y de .88 para los 4 ítems que se refieren a maltrato sexual (véase Anexo 4).

5) *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasúa, 1997). Escala de evaluación que consta de 17 ítems basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV, cuyos objetivos son el diagnóstico categorial de este cuadro clínico y la evaluación de la severidad del trastorno, cuantificando tanto la frecuencia como la intensidad de los síntomas a través de una escala de respuesta tipo Likert que se puntúa de 0 a 3. Se evalúan tres tipos de síntomas: reexperimentación (5 ítems), evitación (7 ítems) y aumento de la activación (5 ítems). Los puntos de corte propuestos por los autores de la escala para diagnosticar la existencia de trastorno por estrés postraumático son de 15 en la escala global, de 5 en reexperimentación, de 6 en evitación y de 4 en aumento de la activación. Según Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta et al., la eficacia diagnóstica con estos puntos de corte es del 95,45% y las propiedades psicométricas de la escala son satisfactorias. En la presente muestra salvadoreña la consistencia interna de los 17 ítems que conforman la escala total fue de .96. Y la consistencia interna de las subescalas fue de .91 en reexperimentación; .89 en evitación; y .90 en aumento de la activación (véase Anexo 5).

6) *Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28)* (Golberg y Hillier, 1979). Este cuestionario fue adaptado a la población salvadoreña por Gibbons et

al. (2003). Se trata de una prueba diseñada para detectar trastornos psíquicos en el ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiátricos, centrándose en los componentes psicológicos actuales de mala salud a través de la evaluación de dos fenómenos: la incapacidad de la persona para llevar a cabo las funciones de salud normales y la aparición de indicativos de malestar psíquico. El GHQ-28 consta de 4 subescalas, cada una formada por 7 ítems: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. La consistencia interna en una muestra de validación con mujeres maltratadas por su pareja entrevistadas en España fue de .87 para ansiedad e insomnio; .90 para depresión grave; .82 para síntomas somáticos; y .86 para disfunción social. La consistencia interna en la muestra de mujeres salvadoreñas es de .79 para ansiedad e insomnio; .92 para depresión grave; .89 para síntomas somáticos; y .86 para disfunción social (véase Anexo 6).

7) *Cuestionario de Estrés Crónico* (Matud, 1998). Instrumento de respuesta abierta que trata de evaluar el estrés crónico de alta intensidad. Para ello se pide a la persona que escriba los problemas y conflictos que tiene en la actualidad, pidiéndole que valoren su gravedad en una escala de 1 (“*poco importante*”) a 3 (“*muy importante*”) (véase Anexo 7).

8) *Cuestionario de Contrariedades Diarias* (Matud, 1998). Se trata de una prueba de respuesta abierta en el que se pretende evaluar el estrés crónico de baja intensidad. Recoge las situaciones cotidianas que se consideran frustrantes o irritantes, valorando la gravedad en una escala de 1 (“*poco importante*”) a 3 (“*muy importante*”) (véase Anexo 7).

Además, a las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica (grupo 1), a las que se accedió y evaluó por su condición de maltratadas, se les realizaba una entrevista (véase Anexo 8) en la que se obtenía información acerca de la edad que tenían cuando comenzó la relación con su pareja, su edad cuando comenzó el maltrato, los años durante los cuales había sido maltratada y el tiempo que había pasado desde el último episodio de maltrato.

### **10.3. Diseño experimental**

Según la clasificación propuesta recientemente por Montero y León (2007), el presente estudio es un diseño “ex post facto” de tipo transversal.

### **10.4. Procedimiento**

El procedimiento que se siguió se divide en tres fases fundamentales que se describen a continuación:

#### **1º Fase. Adaptación de los instrumentos**

Como se mencionó anteriormente, todos los instrumentos que se aplicaron, excepto el *Golberg (GHQ-28)*, fueron adaptados a la población objeto de análisis mediante un estudio preliminar a través del cual los investigadores pretendían asegurarse de que el lenguaje de las pruebas se iba a entender a nivel de la población general salvadoreña. En el proceso de adaptación participaron, en una primera fase, 12 expertos salvadoreños a los que uno de los investigadores del grupo pidió su colaboración desinteresada. Estos expertos fueron docentes (profesores de psicología social, clínica, comunitaria, psicología de la salud, etc.) y profesionales (del campo de la violencia doméstica, psicólogos clínicos, psicólogos sociales y comunitarios, especialistas en psicología de género, etc.).

En una segunda fase se seleccionó una muestra formada por 50 mujeres con edad superior a los 18 años de la población general. Se trataba de familiares del alumnado, amas de casa en general, mujeres que participan en asociaciones de vecinos, etc. Como resultado de la adaptación de las pruebas los cambios que se introdujeron en los cuestionarios estuvieron relacionados principalmente con la adaptación de algunos términos que fueron sustituidos por sinónimos más afines al lenguaje coloquial salvadoreño y que resultaban de un mejor entendimiento para la población general de este país.

#### **2º Fase. Selección de la muestra**

Los criterios de inclusión que se establecieron para la selección de la muestra fueron, para el grupo clínico, mujeres mayores de 18 años, maltratadas por su pareja y que acudieran a pedir ayuda por su condición de maltratadas, o hubieran hecho uso

recientemente de los servicios que para este fin ofrecían las distintas asociaciones u ONGs de mujeres maltratadas de El Salvador, así como otras instituciones de tipo gubernamental. Para el grupo de la población general que incluye el grupo 2 y el grupo 3, es decir, las mujeres maltratadas de la población general y las mujeres no maltratadas respectivamente, los criterios de inclusión que se determinaron aglutinaron a mujeres mayores de 18 años de la población general que consideraran que no eran maltratadas por parte de sus parejas. El contacto con la muestra se llevó a cabo a través de distintas vías:

1) *Difusión de la investigación.* El primer paso a seguir fue dar a conocer a la sociedad salvadoreña la investigación que se estaba llevando a cabo para lo cual se hizo uso de diversos medios de comunicación (prensa, radio y televisión) que la Universidad Tecnológica de El Salvador puso a disposición del equipo de investigación; por otro lado se colocaron carteles publicitarios en lugares públicos y muy transitados, como mercados, centros comerciales, centros de salud, facultades, asociaciones de mujeres, etc.; y también se impartieron conferencias en distintas universidades de la capital y se crearon foros de discusión en las clases de algunas asignaturas incluidas en la titulación de Psicología. A través de estos medios se describió la investigación que se estaba llevando a cabo en el país, el tipo de personas a las que iba dirigida y se proporcionaron los teléfonos y direcciones de contacto a los que dirigirse.

2) *Contacto con las asociaciones de mujeres de El Salvador y ONGs de ámbito nacional.* Se hizo una búsqueda exhaustiva por Internet y otros documentos, como informes internacionales y material impreso, de asociaciones y ONGs que trabajaban directamente con mujeres y/o que contaran con servicios de atención a las mujeres víctimas de maltrato. A partir de ahí, se elaboró una base de datos con todas estas asociaciones de mujeres del país, confeccionando un listado con las direcciones, teléfonos y demás detalles de contacto. De ellas se seleccionaron aquellas que trabajaban con “grupos de auto-ayuda” para mujeres maltratadas, o que tenían algún servicio de atención psicológica, asesoramiento jurídico o acompañamiento para estas mujeres. Se fueron contactando a cada una de las entidades, bien por teléfono o correo electrónico, y se les pidió una primera cita en la que se le haría una presentación de la investigación y se les solicitaría su colaboración. Una vez que las asociaciones se comprometían a participar en la investigación, se instó a que el personal de estas

instituciones colaboraran haciendo un registro de las mujeres víctimas de maltrato por parte de sus parejas que hubieran sido atendidas en la asociación, y que se les ofreciera la posibilidad de participar voluntariamente en el estudio. A cambio se le ofreció atención psicológica para las mujeres en la misma sede de la asociación y se redactaron convenios de colaboración que fueron firmados por ambas instituciones participantes: la Universidad por una parte, en representación de los investigadores y los terapeutas que atendieron a las mujeres, y la asociación en cuestión que debía reclutar la muestra, por otra. Otras entidades que participaron en la investigación, aunque en menor medida que las asociaciones, fueron instituciones de tipo gubernamental como el ISDEMU (Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer) o el personal de los servicios jurídicos del Estado que en ocasiones derivaban al grupo de investigación a las víctimas de violencia que atendían.

3) *Redes sociales de las propias mujeres.* Otra forma de contacto con las mujeres víctimas de maltrato por parte de sus parejas se produjo a través de la colaboración de las mismas mujeres participantes en el estudio que, al comprobar el apoyo recibido y los beneficios que le reportaba su colaboración en el mismo, aconsejaban a otras mujeres en su misma situación que se pusieran en contacto con el equipo de investigación.

Una vez hechos los contactos con las asociaciones y ONGs y divulgada la publicidad sobre la investigación, se empezaron a recibir las primeras solicitudes de mujeres que querían participar en el estudio. Con los compromisos de las diferentes asociaciones y con los casos particulares de las mujeres que los contactaron de forma individual, se elaboró un calendario en el que se estableció un orden de citas por el cual se estipuló un número máximo de 4 entrevistas individuales a mujeres al día y por un periodo máximo de 8 meses. El lugar de las evaluaciones fue variando en función de las fechas acordadas con las asociaciones, por las cuales se fueron distribuyendo las citas por semanas en las distintas sedes de las asociaciones de las diferentes regiones del país.

Paralelamente se realizó el muestreo y evaluación del grupo de la población general. La captación de la muestra se hizo, al igual que con el grupo clínico, a través de distintas vías. Por un lado, se pidió colaboración a las mismas asociaciones de mujeres que estaban participando en la investigación, las cuales colaboraron ayudando a distribuir los cuestionarios entre las mujeres usuarias de otros servicios de la asociación



y la población femenina de las comunidades con las que trabajaban que no sufrían la problemática de la violencia en el hogar. También se recopiló muestra a través de la participación del profesorado y alumnado de Psicología que colaboraron haciendo uso de sus contactos con mujeres. Y, por último, completaron la muestra de la población general mujeres de las redes sociales de los colaboradores salvadoreños de la investigación.

### **3ª Fase. Recogida de datos**

Tras obtener el consentimiento informado de las mujeres de la muestra clínica para participar en la investigación, éstas fueron evaluadas individualmente por una psicóloga con formación en violencia de género y en los instrumentos a utilizar. Se dedicó a cada una de las evaluaciones aproximadamente dos horas y media.

La aplicación de los instrumentos de evaluación se llevó a cabo en las asociaciones participantes y en la Universidad. En ambos casos se habilitaron espacios que fueron reservados específicamente para evaluar a las mujeres con la máxima privacidad, en una habitación cerrada que disponía de una mesa y dos sillas así como una jarra de agua y dos vasos, en ambiente tranquilo, sin ruidos ni interrupciones y donde se cuidó que la luz y la temperatura del habitáculo fueran lo más adecuados posible.

A todas las mujeres maltratadas por su pareja se les informó previamente del carácter confidencial y voluntario de su participación en la investigación. Se les ofreció la posibilidad de interrumpir la evaluación en el caso en el que se sintieran indispuestas o simplemente no quisieran continuar, así como la posibilidad de realizar los descansos que cada mujer necesitara en el transcurso de la misma. La investigadora que llevó a cabo la recogida de datos se presentaba como psicóloga e investigadora de la Universidad de Granada, explicaba de forma breve en qué consistía el estudio y cuáles eran los objetivos del mismo y se le describía rápidamente cada uno de los instrumentos. A continuación se iniciaba la evaluación completando una primera hoja con los datos sociodemográficos de la víctima y su familia para pasar, a continuación, a cada una de las pruebas. El orden que se siguió en la aplicación de los instrumentos fue el mismo que se establece en la descripción de los mismos en el apartado 10.2.

Una vez finalizada la evaluación, se les ofreció a las mujeres diferentes trípticos informativos elaborados a partir del trabajo de documentación que se había

llevado a cabo previamente. Para ello se identificaron algunas de las necesidades de información más imperantes que presentaban las mujeres maltratadas salvadoreñas y, a partir de ahí, se diseñaron estos trípticos con conocimientos de su interés como datos de servicios de atención psicológica en El Salvador, listado de asociaciones de mujeres salvadoreñas con sus teléfonos y direcciones de contacto, pasos a seguir para poner una denuncia, así como otro tipo de información útil relacionada con la sexualidad, enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados, etc. Por otra parte, se decidió buscar algún tipo de compensación en forma de ayuda psicológica para estas mujeres que, de forma voluntaria, decidieron participar en el estudio. Para ello se formó, a través de un taller de una semana de duración impartido por una psicóloga especializada, a un grupo de mujeres estudiantes del último curso de Psicología de la Universidad Tecnológica de El Salvador, en una terapia grupal basada en el libro *Mujeres maltratadas por su pareja* (Matud, Padilla y Gutiérrez, 2005). Esta ayuda psicológica fue ofrecida de forma gratuita a las víctimas de violencia que participaron en el estudio.

Tras acceder al grupo de mujeres de la población general por distintas vías, como se ha descrito anteriormente, se les preguntaba en primer lugar si habían sufrido maltrato por parte de la pareja y si su respuesta era negativa, se les invitaba a participar en la investigación cumplimentando el cuadernillo con los instrumentos. Previamente se les informó del carácter confidencial y voluntario de su participación y se les ofreció la posibilidad en ocasiones, de contestar a las pruebas en presencia de la psicóloga y cuando esto no era posible por falta de tiempo o espacio, se les daba la oportunidad de contestar los cuestionarios en su casa pero siempre indicándoles que era necesario que lo hicieran en privado.

## **11. ANALISIS DE LOS DATOS**

---

Se utilizó básicamente una metodología correlacional y multivariada. Se realizaron análisis de contingencia, correlacionales y de varianza y covarianza.

## 12. RESULTADOS

### 12.1. RESULTADOS OBTENIDOS CON LAS MUJERES MALTRATADAS DE LA MUESTRA CLÍNICA

#### 12.1.1. Características sociodemográficas de las mujeres maltratadas de la muestra clínica

Al analizar la edad de las 144 mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica como tales se encontró mucha diversidad, oscilando entre los 19 y 74 años. La media era de 36,2 años, la desviación típica de 9,4 y la mediana de 35. Como puede observarse en la Figura 1, lo más común es que tengan edades entre 27 y 43 años, aunque el 7% tiene menos de 25 y el 16% más de 45 años.

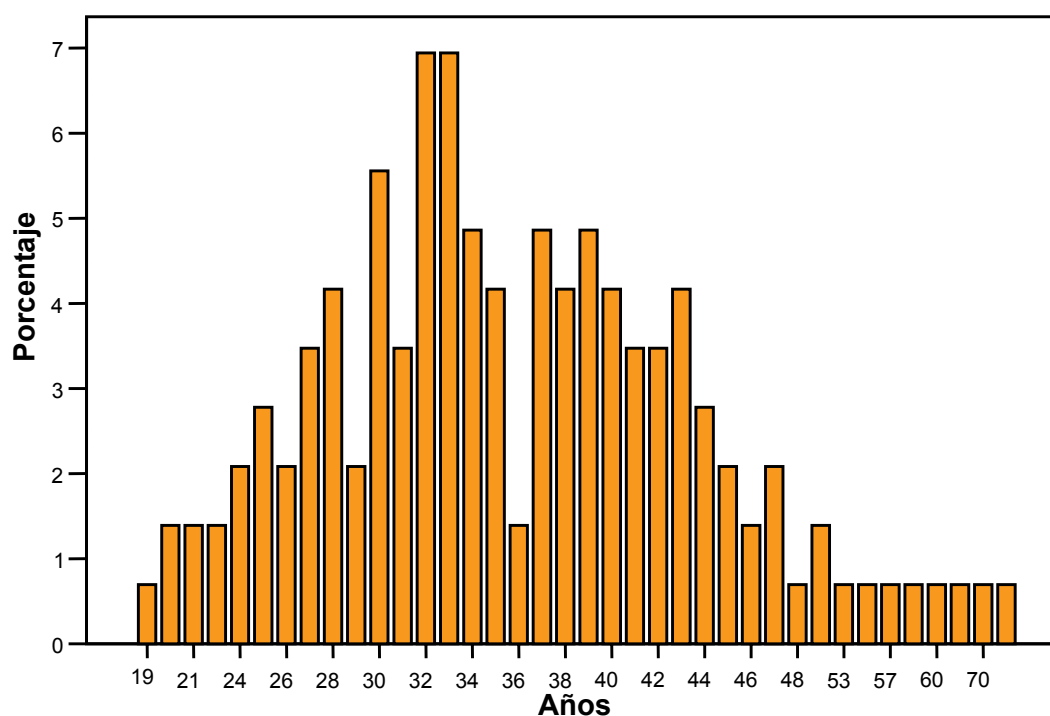


Figura 1. Edad de las mujeres maltratadas de la muestra clínica

También se encontró mucha diversidad en su estado civil, como puede observarse en la Figura 2. Aunque lo más común es que estuviesen casadas o tuviesen pareja de hecho. También fue habitual encontrar mujeres que estaban separadas de sus agresoras, siendo un 19% de las mujeres que se encontraban en esta situación. Menos frecuente fue encontrar mujeres que estuvieran divorciadas o en trámites de separación, siendo un 6 y un 2% respectivamente la proporción de mujeres maltratadas por su pareja que se encontraban en dichas circunstancias. Finalmente, solo una de las mujeres había enviudado. Cuando fueron evaluadas, algo más de la mitad (el 56,3%) no convivía con su pareja agresora y el resto sí lo hacía.

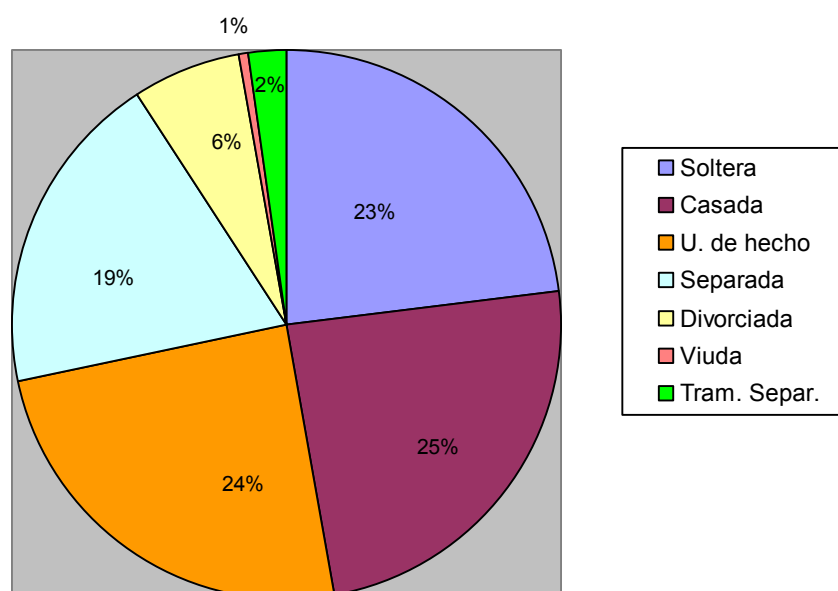


Figura 2. Estado civil de las mujeres maltratadas de la muestra clínica

La mayor parte de las mujeres (el 97,2%) tenía hijos. Lo más común era que tuviesen dos (el 31,3%), tres (el 27,1%) o uno (el 18,8%). Pero, como se observa en la Figura 3, algunas mujeres tenían cuatro (el 9,7%), cinco (el 3,5%), seis (el 3,5%) o siete hijos e hijas (otro 3,5%), teniendo una de las mujeres 10 hijos.

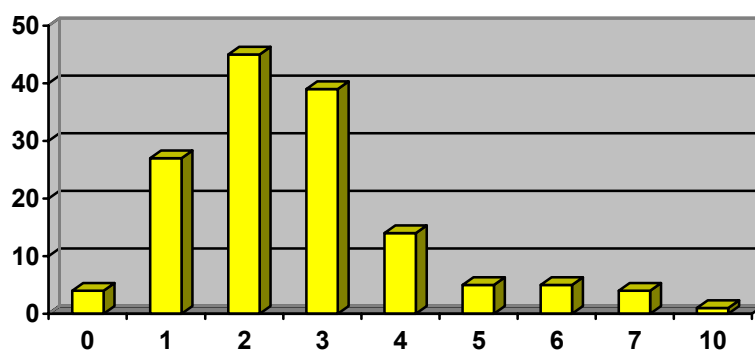


Figura 3. Número de hijos de las mujeres de la muestra clínica

También se encontró diversidad en el nivel de estudios de las mujeres. Como puede observarse en la Figura 4, lo más común es que solo supieran leer y escribir, es decir, que no hubieran terminado la escuela básica, o que tuviesen bachillerato. Algunas (el 16%) habían dejado de estudiar al terminar la escuela básica, es decir, habían realizado hasta noveno grado. Y aunque el 8% carecía de estudios también las había con estudios técnicos y universitarios.

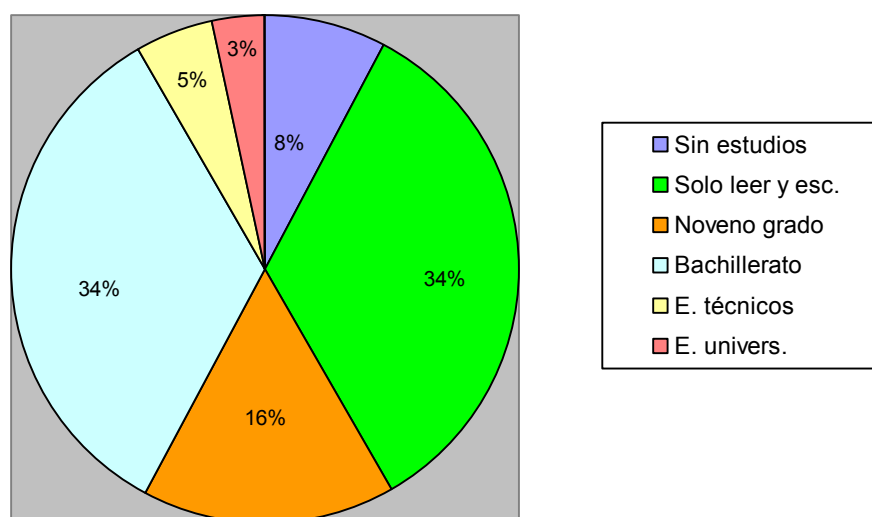


Figura 4. Nivel de estudios de las mujeres de la muestra clínica

Al analizar su profesión también se encontró variabilidad, si bien lo más común es que no tuviesen empleo fuera del hogar y que se autodefiniesen como “amas de casa” (el 30%), o que fuesen trabajadoras de tipo manual no cualificado (limpieza, lavanderas, vendedoras ambulantes, pinches...) lo que sucedía en algo más de la cuarta parte (el 26%). El 20% eran administrativas o secretarias y el 15% realizaba trabajos de tipo manual cualificado (trabajadoras en las maquilas, cocineras...). Y era menos común que fuesen estudiantes, técnicas, licenciadas o trabajadoras del sexo, como puede observarse en la Figura 5. La mayoría de ellas estaba en activo, aunque el 11,1% estaba desempleada y cuatro de las mujeres estaban de baja por enfermedad.

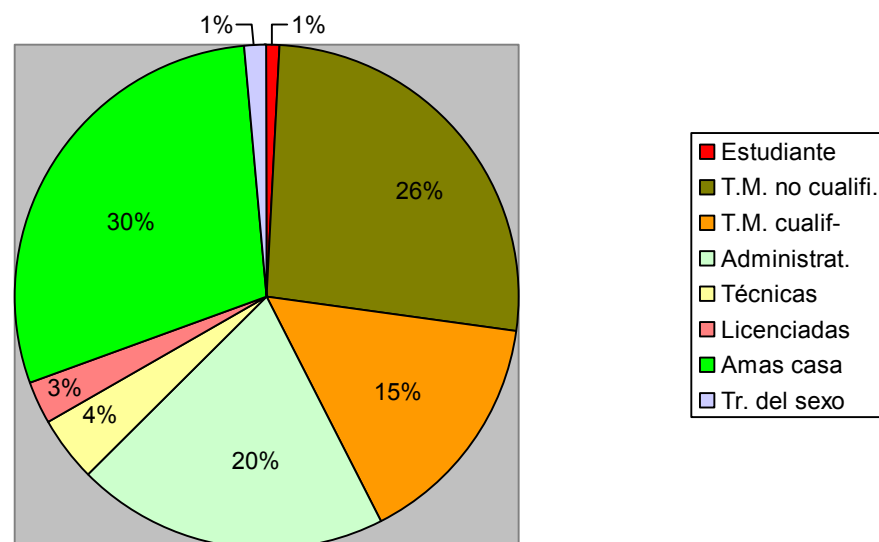


Figura 5. Profesión de las mujeres de la muestra clínica

En la Tabla 1 se muestra el tipo de ingresos de las mujeres. Como puede observarse, algo más de la cuarta parte de las mujeres vive exclusivamente de sus propios ingresos, aunque casi otra cuarta parte vive exclusivamente de los ingresos de su pareja y algunas viven de los ingresos de sus padres o de los de sus hijos e hijas u otros familiares. También es común que la mujer viva de sus ingresos y de los de su pareja y, en algunos casos, de los de su ex pareja.

**Tabla 1***Tipo de ingresos de las mujeres maltratadas de la muestra clínica*

<b>Ingresos</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>
Propios	39	27,1	27,5
Pareja	32	22,2	22,5
Hijos	6	4,2	4,2
Padres	7	4,9	4,9
Otros familiares	4	2,8	2,8
Propio y de pareja	25	17,4	17,6
Propio y de otros	4	2,8	2,8
Dos fuentes de ingresos	10	6,9	7,0
Tres fuentes de ingresos	4	2,8	2,8
Propios más pensión ex pareja	9	6,3	6,3
Pensión de la ex pareja	2	1,4	1,4
Total	142	98,6	100,0
Sin dato	2	1,4	
Total	144	100,0	

Como puede observarse en la Tabla 2, poco más de la tercera parte de las mujeres tenía vivienda propia, en casi la quinta parte era alquilada, y del agresor o de ella y el agresor en otra quinta parte. El 13,9% carecía de vivienda y en el resto era de sus padres, de sus suegros o cedida.

**Tabla 2***Titularidad de la vivienda de las mujeres maltratadas de la muestra clínica*

<b>Tipo de vivienda</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Vivienda propia	50	34,7
No tiene vivienda	20	13,9
Cedida	3	2,1
De los padres	13	9,0
De ella y del agresor	11	7,6
Alquilada	27	18,8
Del agresor	18	12,5
De los suegros	2	1,4
Total	144	100,0

Se encontró también diversidad en el número de personas con quien convivía la mujer, oscilando entre vivir sola y convivir con 11 personas más. La media era de 4,6 personas, la desviación típica de 2 y la mediana de 4. Como puede observarse en la tabla 3, aunque hay mucha variedad en el tipo de personas con quienes convive, lo más común que conviva con su pareja e hijos (el 30,6%) o con sus hijos pero sin su pareja (el 27,1%), aunque también es bastante común que convivan con otros familiares, sobre todo con progenitores.

**Tabla 3**

*Parentesco de las personas con quienes conviven las mujeres maltratadas de la muestra clínica*

<b>Parentesco</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Nuclear (pareja e hijos)	44	30,6	30,6
Con pareja (no tiene hijos o viven fuera)	1	,7	31,3
Nuclear mas progenitor/es (de ella)	3	2,1	33,3
Nuclear mas suegros	5	3,5	36,8
Nuclear mas otros familiares	13	9,0	45,8
Sin pareja y con hijos y otros familiares	6	4,2	50,0
Sin pareja y progenitor/es y familia	17	11,8	61,8
Sola	5	3,5	65,3
Con nueva pareja (y sus hijos)	3	2,1	67,4
Sin pareja y con sus hijos	39	27,1	94,4
Sin pareja, con hijos hermanos y sobrinos	5	3,5	97,9
Sin pareja y con nietos	1	,7	98,6
Sin pareja y con otros familiares	2	1,4	100,0
Total	144	100,0	

**Tabla 4**

*Tipo de población del domicilio de las mujeres maltratadas de la muestra clínica*

<b>Tipo de población</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Periferia normal ciudad	6	4,2	4,2
Zona residencial	14	9,7	13,9
Periferia marginal	32	22,2	36,1
Pueblo grande	45	31,3	67,4
Periferia pueblo grande	1	,7	68,1
Pueblo pequeño	46	31,9	100,0
Total	144	100,0	



En la Tabla 4 se muestra el tipo de población en que tienen su domicilio las mujeres. Como puede observarse, más de la mitad residían en zonas rurales y el 36% lo hacía en la ciudad, siendo lo más común que viviesen en zonas periféricas de tipo marginal, aunque casi el 10% vivía en zonas residenciales.

### 12.1.2. Tipo y duración del maltrato de la pareja de la muestra clínica

Al analizar el tipo de maltrato por parte de la pareja sufrido, según la información de las propias mujeres, encontramos que lo más común es que se tratase de maltrato físico, psicológico y sexual, lo que se daba en más de la mitad como puede observarse en la Figura 6. Algo más de a cuarta parte (el 27%) sufrió maltrato físico y psicológico, el 11% maltrato psicológico solo y el 4% psicológico y sexual. Lo más común es que el agresor no usase ningún tipo de arma ni instrumento, aunque más de la cuarta parte (el 27,4%) usaba cuchillos, tratándose con bastante frecuencia de una herramienta que los hombres usaban para su trabajo en el campo y que recibe el nombre de “corvo”. El 6% de los agresores usó armas de fuego, hachas el 1,7%, palos otro 1,7%, otro tipo de objetos tales como ceniceros el 0,9% y el 2,6% usaba distintos objetos que podían ser utensilios del hogar o cualquier cosa que encontraran a mano.

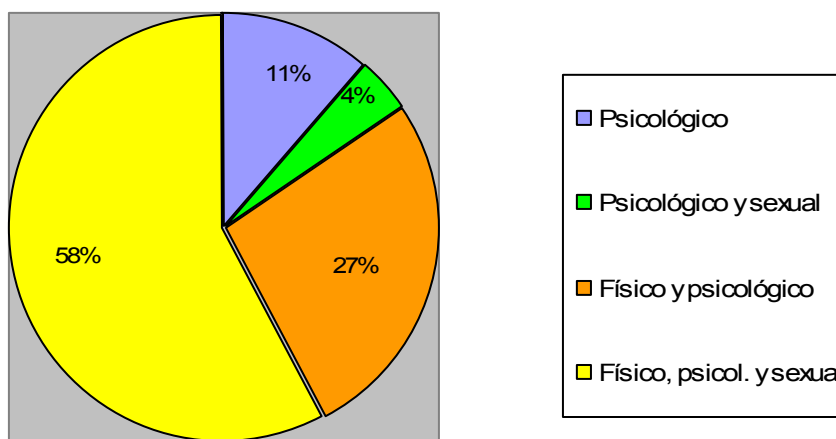


Figura 6. Tipo de maltrato sufrido en la pareja de la muestra clínica

Los años durante los cuales las mujeres habían sufrido tales abusos por parte de sus parejas variaba entre 1 y 44 (véase Figura 7). La media es de 10,2 años, la desviación típica de 8,6, la mediana de 8 y la moda de 2. El 31% de las mujeres había sido maltratada durante menos de 5 años pero el 9,2% lo había sido durante más de 20 años.

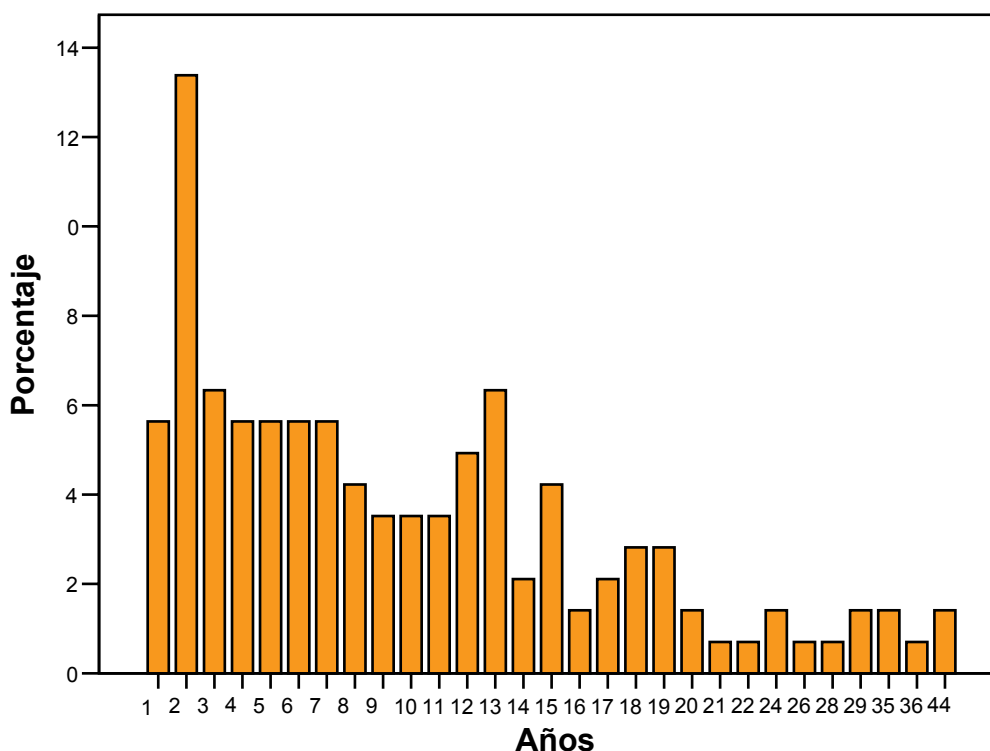


Figura 7. Años de maltrato sufrido por parte de la pareja en la muestra clínica

También encontramos mucha variabilidad en la edad de comienzo de la relación con la pareja que posteriormente la maltrataría, oscilando entre 13 y 42 años. La media es de 21,4, la desviación típica de 6,2, la mediana de 20 y la moda de 18. Como puede observarse en la Figura 8, lo más frecuente es que tal relación comenzase antes de que la mujer cumpliera los 25 años, aunque el 25,4% la comenzó después de

dicha edad. El 30% de las mujeres habían comenzado la relación antes de los 18 años y el 10% la comenzó después de los 30.

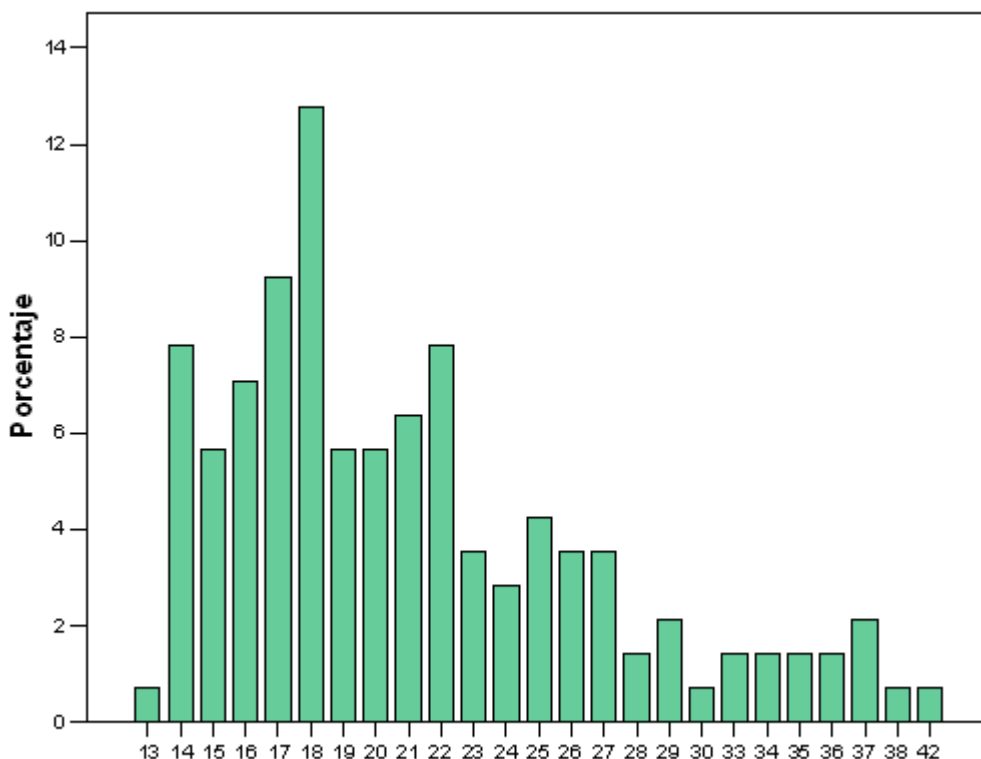


Figura 8. Edad de comienzo en la relación con el agresor en la muestra clínica

La edad a la que la mujer comenzó a ser maltratada por su pareja oscilaba entre 14 y 42 años, siendo la media de 23,5, la desviación típica de 6,3, y la mediana y la moda de 22. Como se observa en la Figura 9, lo más habitual es que el maltrato comenzase cuando la mujer tenía entre 16 y 30 años. El 17% de las mujeres comenzó a ser maltratada por su pareja antes de los 18 años, el 30% antes de los 20, el 62% antes de los 25 años y el 10% entre los 32 y 45 años.

También se encontró variabilidad en la edad que la pareja agresora tenía cuando comenzó a maltratar a la mujer, oscilando entre 15 y 64 años. La media es de 26,1 años, la desviación típica de 7,1 y la mediana y la moda de 24. Como se observa en la Figura 10, era más frecuente que el agresor comenzase a maltratar a su pareja cuando tenía entre 18 y 25 años de edad, aunque el 3% ya la había comenzado a maltratarla

antes de cumplir 18 años y el 42% comenzó a maltratar a su pareja cuando tenía 25 o más años de edad.

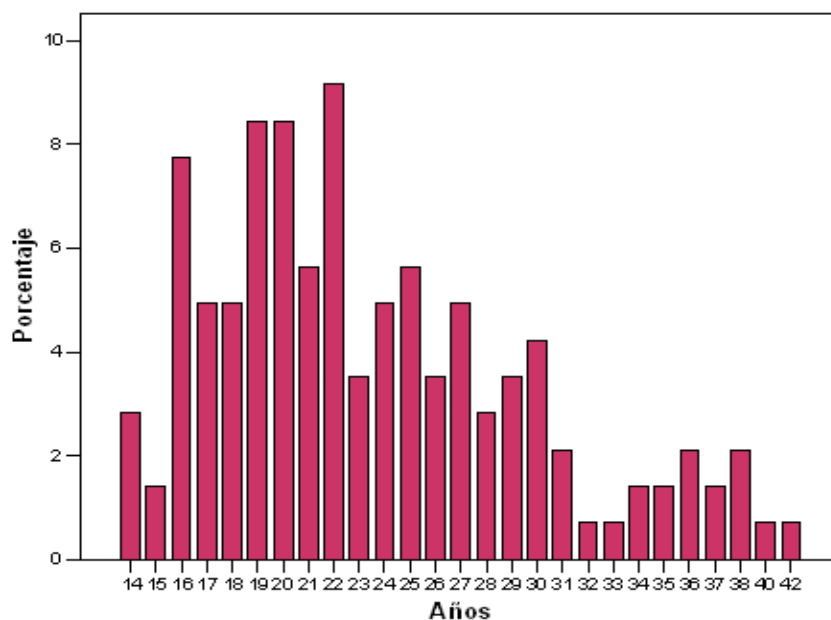


Figura 9. Edad de la mujer al ser maltratada por su pareja en la muestra clínica

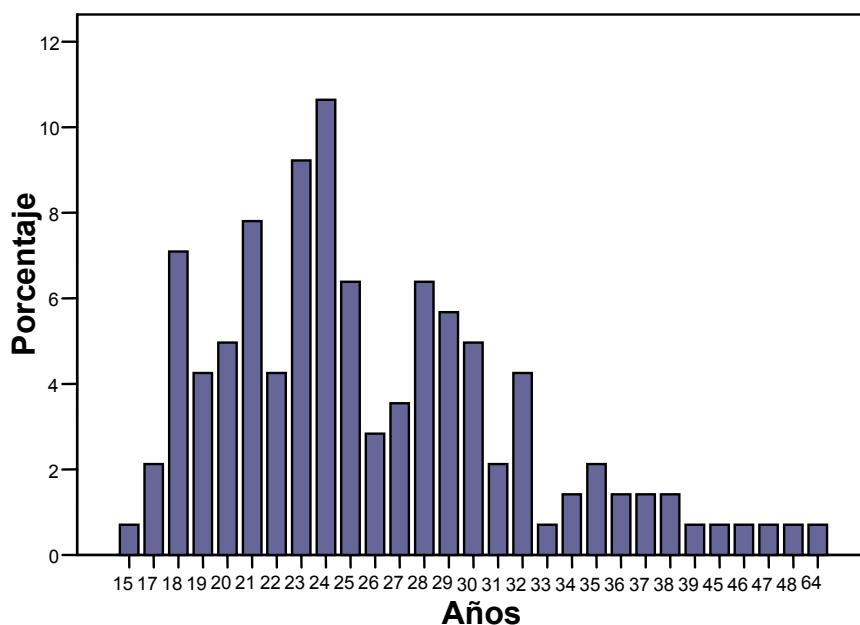


Figura 10. Edad del agresor al comenzar el maltrato a la pareja en la muestra clínica

En más de la mitad de los casos (el 54%) el maltrato comenzó desde el inicio de la relación o durante el primer año; durante el segundo año de relación se dio en el 18,4% de los casos, y entre los tres y cinco años de relación en el 16,3%. Entre los seis y 10 primeros años de relación se dio en el 8,5% de los casos, y a partir de los 10 años, solo en el 2,8%.

Aunque más de la mitad de las mujeres (el 61%) habían sido maltratadas por su pareja durante el último año, también había diversidad en el tiempo que había pasado desde el último episodio de maltrato sufrido, oscilando desde un mes o menos, lo que se daba en el 36,2% de los casos, hasta 22 años, lo que solo se dio en un caso. La media era de 32 meses, la desviación típica de 50,6 y la mediana de 9 meses. Menos de la quinta parte de las mujeres (el 18,4%) había sido maltratada por su pareja por última vez hacía más de 5 años.

### 12.1.3. Características sociodemográficas, salud y consumo de sustancias de los agresores de la muestra clínica

En relación al nivel formativo de los hombres que maltratan a sus parejas, en la Figura 11 se muestra el porcentaje de hombres en cada nivel de estudios. Como puede observarse, casi la tercera parte ha cursado el bachillerato, aunque la quinta parte únicamente ha cursado estudios básicos, el 29% solo sabe leer y escribir y algunos carecen de estudios, lo que se da en el 5% de los casos. Pero también hay hombres que maltratan a sus parejas que han cursado estudios técnicos y el 12% tiene estudios universitarios.

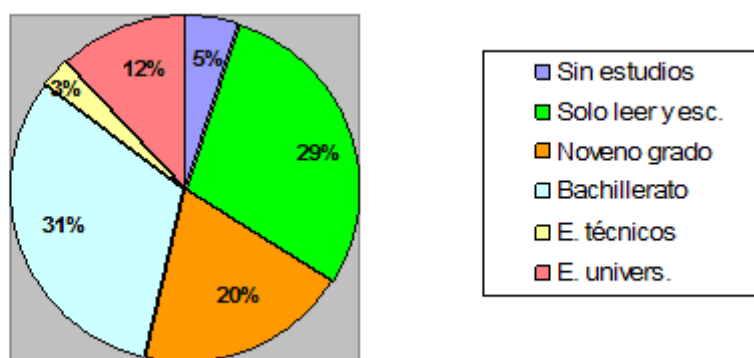


Figura 11. Nivel de estudios de la pareja agresora en la muestra clínica

En relación a la actividad profesional de los hombres que maltrataban a sus parejas, también se daba gran diversidad en el tipo de empleo que tenían los agresores como se muestra en la Figura 12. Si bien lo más común es que tuviesen trabajos de tipo manual cualificado (electricista, cocinero, mecánico, camarero, etc.), lo que sucedía en más de la mitad de los casos, también era común que tuviesen empleos de tipo manual no cualificado, lo que se daba en el 9% de los casos, o que fuesen administrativos (el 11%). En más de la décima parte de los casos, los trabajos de los agresores pertenecían a las escalas laborales más altas como puede observarse en la Figura antes mencionada. En un 10% de los maltratadores sus profesiones eran de licenciados o ingenieros, y aunque era menos común, también los había técnicos, empresarios y estudiantes. Y destaca que cinco de los agresores a su pareja trabajaban en el gremio de la seguridad, ya fuese pública (policías o militares) o privada (guardias de seguridad). La mayoría de los hombres estaba en activo, aunque el 8,4% estaba desempleado, el 2,8% jubilado, el 2% era estudiante, el 1,4% estaba de baja por enfermedad, otro 1,4% en prisión, el 3,5% había muerto y un 5% de las mujeres desconocía este dato.

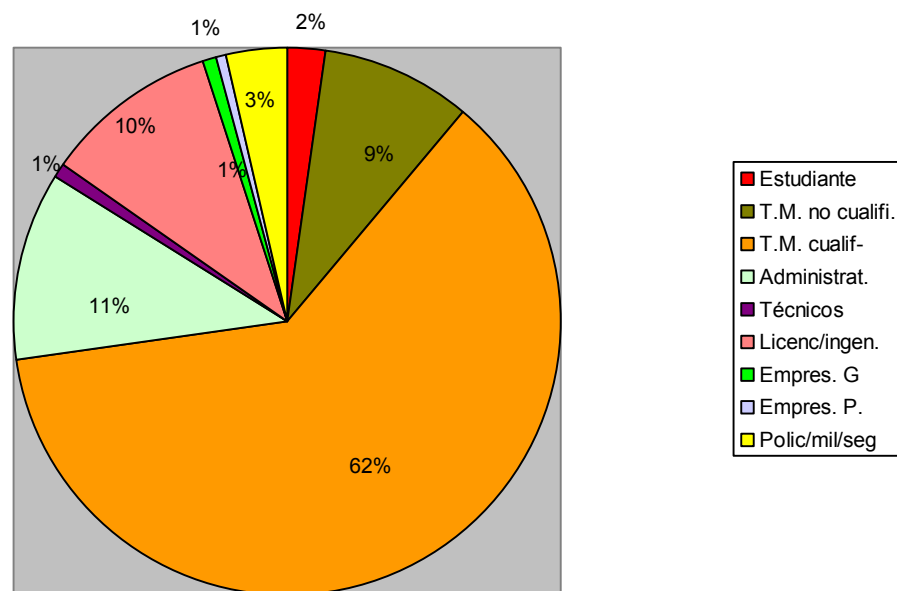


Figura 12. Profesión de los agresores en la muestra clínica

En cuanto al estado de salud de los agresores que seguían vivos, según la información de las mujeres, la mayoría (el 75,2%) no tenía ningún problema de salud. El 18,2% tenía una enfermedad, el 5,8% dos y uno tenía tres enfermedades. Lo más común eran los problemas de tipo osteomuscular (el 4,2%), digestivo (otro 4,2%), respiratorio (el 3,5%), o hipertensión arterial (otro 3,5%). Además, el 2,8% tenía jaquecas, el 2,1% tenía diabetes, el 1,4% cáncer, y otro 1,4% migrañas. Era menos común que tuviesen enfermedades de transmisión sexual, que se daban en dos casos, o problemas de tipo neurológico, anemia, problemas psiquiátricos, ansiedad, y depresión.

La mayoría (el 80%) tampoco tenía ningún tratamiento médico; el 16,8% consumía un medicamento; el 2,2% dos y uno tres. Lo más común es que se tratase de la medicación específica de su enfermedad médica (por ejemplo, antihipertensivos en el caso de los hipertensos o insulina en los diabéticos), aunque el 1,4% tomaba ansiolíticos, uno antidepresivos y otro calmantes.

Menos de la mitad (el 40,6%) fumaba tabaco. El 20% fumaba menos de una cajetilla diaria, el 3,5% una, el 14% dos y el 4,2% fumaba más de dos cajetillas de tabaco diarias.

Según la información de las mujeres, el 30,1% nunca tomaba bebidas alcohólicas (era abstemio) y el resto las tomaba aunque su cantidad y patrón de consumo era muy variado. En la Tabla 5 presentamos los datos relativos al consumo diario. Como puede observarse, la mayoría no consumía bebidas alcohólicas a diario, si bien algunos toman mucha cantidad, emborrachándose cada día el 7%. Era más común que consumiesen bebidas alcohólicas durante los fines de semana, emborrachándose el 15%, tomando dos o tres bebidas en 4,2%, y cuatro o más bebidas el 9,1%. Además, el 1,4% se emborrachaba ocasionalmente, el 10,5% tomaba dos o tres copas de forma esporádica y el 6,3% tomaba cuatro copas o más en determinadas ocasiones.

Respecto al consumo de drogas, los datos se muestran en la Tabla 6. Como puede observarse, la mayoría de agresores no consume ningún tipo de droga constituyendo este grupo el 81,3% de la muestra, aunque algunas de las mujeres dijeron desconocer este dato. Como muestra la Tabla 6, entre aquellos agresores que sí consumen drogas, lo más común es el consumo habitual de porros, seguido del consumo habitual de cocaína o de varios tipos de sustancias.

**Tabla 5***Consumo diario de bebidas alcohólicas de los agresores de la muestra clínica*

<b>Tipo de consumo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
No toma bebidas alcohólicas a diario	111	77,1	77,6	77,6
Dos bebidas	2	1,4	1,4	79,0
Tres bebidas	1	,7	,7	79,7
Cuatro bebidas	1	,7	,7	80,4
Más de 4 bebidas	6	4,2	4,2	84,6
Borrachera	10	6,9	7,0	91,6
Alcohólico	8	5,6	5,6	97,2
Dejó de beber	4	2,8	2,8	100,0
Total	143	99,3	100,0	
Sin dato	1	,7		
Total	144	100,0		

**Tabla 6***Consumo de drogas de los agresores de la muestra clínica*

<b>Tipo de consumo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje válido</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
No consume	117	81,3	81,8	81,8
Cocaína habitual	4	2,8	2,8	84,6
Porros habitual	7	4,9	4,9	89,5
No sabe, cree que sí	3	2,1	2,1	91,6
Cocaína esporádico	1	,7	,7	92,3
Varias habitual	3	2,1	2,1	94,4
Crack	2	1,4	1,4	95,8
Porros esporádico	1	,7	,7	96,5
Otros (pegamento, barbitúricos...)	1	,7	,7	97,2
No sabe	2	1,4	1,4	98,6
Varias en el pasado	2	1,4	1,4	100,0
Total	143	99,3	100,0	
Sin dato	1	,7		
Total	144	100,0		

### **12.1.4. Características sociodemográficas y estado de salud de los hijos e hijas de la muestra clínica**

Las edades de los hijos e hijas eran muy diversas, oscilando desde menos de un año hasta 56. La edad media del primer hijo o hija era de 15,7 años, la desviación típica



de 9,4, la mediana de 14 y la moda de 13. En las que tenían dos o más hijos, la edad media del segundo era de 14,6 años, la desviación típica de 9,0, la mediana de 13 y la moda de 12. En las que tenían tres o más, la edad media del tercero era de 13,8 años, la desviación típica de 8,2, la mediana de 13 y la moda de 8. Y la edad media del cuarto hijo o hija de aquellas mujeres que tenían cuatro o más era de 13,8, la desviación típica de 9,2 y la mediana y la moda de 12.

Lo más común es que los hijos e hijas estuviesen en edad escolar y que, en la fecha en que sus madres fueron entrevistadas, estuviesen estudiando, lo que sucedía en más de la mitad de las mujeres, si bien el 3,5% tenía algún hijo cursando estudios superiores. El 17,4% de las mujeres tenían algunos hijos en edad escolar y otros eran mayores y estaban trabajando. Los hijos e hijas de la décima parte de las mujeres estaban todos trabajando, aunque los hijos e hijas de tres de las mujeres ni estudiaban ni trabajaban. Y el 9,7% de las mujeres tenía hijos muy pequeños que aún no habían llegado a la edad escolar (véase tabla 7).

**Tabla 7**

*Actividad de los hijos e hijas de las mujeres maltratadas de la muestra clínica*

<b>Tipo de actividad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
No tiene hijos	4	2,8	2,8
Estudian todos (< 16 -18 años)	78	54,2	56,9
Estudian todos, con estudios superiores alguno o todos	5	3,5	60,4
Mitad estudian, grandes trabajan	25	17,4	77,8
Todos trabajan	15	10,4	88,2
Ni estudian ni trabajan	3	2,1	90,3
Es un bebé	14	9,7	100,0
Total	144	100,0	

De las mujeres que tenían hijos, el 62,1% dijo que sus hijos o hijas no tenían ninguna enfermedad ni problema de salud, el 34,3% dijo que una, el 2,9% dijo que dos y una mujer dijo que uno de sus hijos o hijas tenía tres problemas de salud. Lo más común es que se tratase de problemas de tipo respiratorio (el 11,4%), digestivo (el 6,4%), alergias (el 4%) o migrañas (el 3,6%). Otros problemas menos comunes eran de tipo neurológico (el 2,1%), anemia (otro 2,1%), problemas cardiacos (el 1,4%), tumores (el 1,4%), depresión (el 1,4%), o retraso mental (otro 1,4%). Y era menos común que

---

tuviesen otros trastornos de tipo psiquiátrico o psicológico, enfermedades degenerativas, problemas dermatológicos, de tipo circulatorio, diabetes, o infecciones, afecciones que fueron citadas cada una por una mujer.

La mayoría de las mujeres (el 74,3%) que tenían hijos dijo que estos no tenían ningún tratamiento. El 23,6% dijo que uno, y el 2,1% dijo que dos. En la mayoría de los casos se trataba de aerosoles o tratamiento vía oral para sus problemas de tipo respiratorio, alérgico, cardíaco, etc. En el 5% se trataba de controles médicos o periódicos tales como vacunas o tratamientos antialérgicos. Era menos común que requiriesen tratamiento para el cáncer, dietas especiales o inyectables. Y el 1,4% tenía tratamiento psicológico.

## **12.2. RESULTADOS OBTENIDOS CON EL GRUPO DE MUJERES, MALTRATADAS Y NO MALTRATADAS, DE LA POBLACIÓN GENERAL**

### **12.2.1. Características sociodemográficas de las mujeres de la población general**

La muestra de mujeres de la población general estaba formada por un total de 185 mujeres. Dado que el pase de pruebas en algunas de las mujeres de este grupo fue autoaplicado, no siempre respondieron a todas las cuestiones, por lo que el número de respuestas a algunas de las variables es menor. Todas las mujeres menos una dijeron su edad, y el rango de edades era de 18 hasta 68 años como se muestra en la Figura 13. La edad media era de 32,2 años, la desviación típica de 9,2, la mediana de 30 y la moda de 28. Puede observarse que hay bastante diversidad en la edad, si bien lo más común (en torno al 60%) es que tengan entre 23 y 35 años, aunque el 9,2% tenía menos de 23 años y el 20% tenía más de cuarenta.

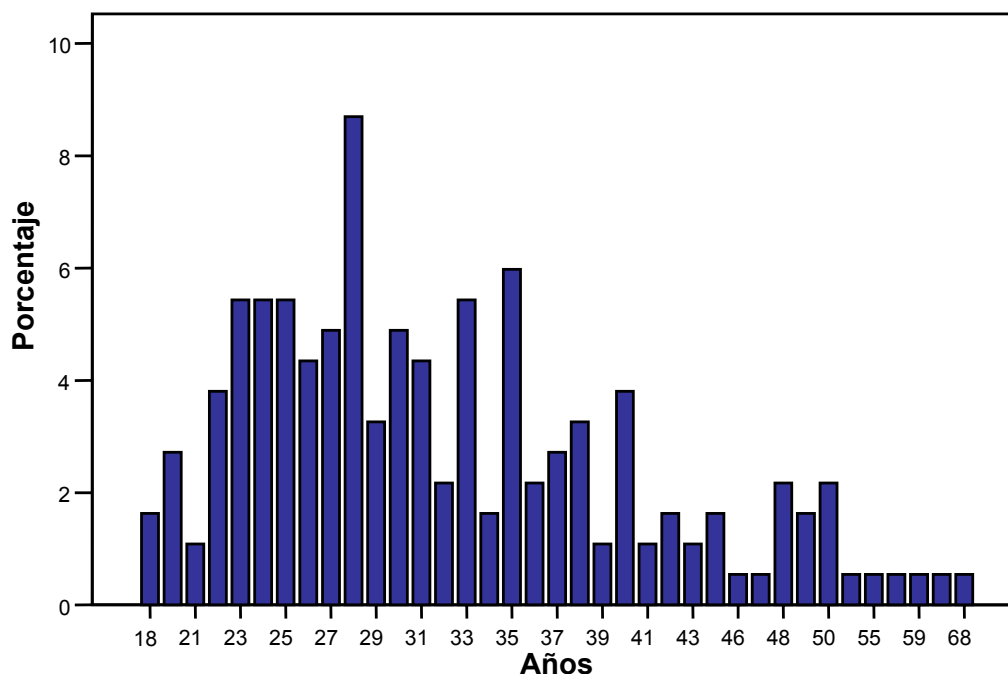


Figura 13. Edad de la muestra de mujeres de la población general

Al analizar cada una de las respuestas al *Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja (APCM)*, encontramos que 98 de ellas (el 53%) no eran maltratadas por su pareja, mientras que 87 (el 47%) sí lo eran. En la Tabla 8 se muestra el estado civil de ambos grupos de mujeres. Como puede observarse, se dan diferencias en algunas de las categorías, pero dado que el 40% de las celdillas tienen una frecuencia esperada menor que 5 el cálculo de  $\chi^2$  es poco fiable. Para disminuir dicho problema realizamos la comparación de los porcentajes incluyendo solo los grupos más frecuentes, es decir, solteras, casadas y parejas de hecho y no encontramos diferencias estadísticamente significativas [ $\chi^2(2, N = 169) = 2,94, p > 0,05$ ]. En todo caso destaca que en el grupo de mujeres maltratadas por su pareja haya mujeres divorciadas, lo que no se da en el grupo de las no maltratadas, y también es más común que las mujeres maltratadas por su pareja estén separadas que las que no han sufrido dicha violencia.

El rango de edad de las mujeres no maltratadas por su pareja era de entre 18 y 68 años y el de las maltratadas se situaba entre 18 y 64 años. En ambos grupos la mediana de edad era de 30 años y la moda de 28 teniendo, además, edades medias muy similares, como puede observarse en la Tabla 9, y no siendo las diferencias estadísticamente significativas.

**Tabla 8**

*Estado civil de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Estado civil		Con		Total
		Sin maltrato	maltrato	
Soltera	N	29	21	50
	%	30,5%	25,3%	28,1%
Casada	N	50	34	84
	%	52,6%	41,0%	47,2%
Unión de hecho	N	15	20	35
	%	15,8%	24,1%	19,7%
Separada	N	1	2	3
	%	1,1%	2,4%	1,7%
Divorciada	N	0	6	6
	%	,0%	7,2%	3,4%
Total	N	95	83	178
	%	100,0%	100,0%	100,0%

En ambos grupos el rango del número de hijos oscilaba entre ninguno (de lo que informaba el 11% de las mujeres que no eran maltratadas por su pareja y el 5% de las que sí lo eran), y cinco, lo que se daba en una de las mujeres no maltratadas y en tres de las maltratadas. Lo más común en ambos grupos es que tuviesen dos hijos, uno o tres. La media y desviación típica del número de hijos se muestra en la Tabla 9. Como puede observarse, las diferencias son mínimas y no son estadísticamente significativas.

**Tabla 9**

*Medias de edad y número de hijos de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Edad y n° de hijos		N	Media	Desviación típica	t
Edad	Sin maltrato	97	32,39	9,88	,024
	Con maltrato	87	32,07	8,54	
Nº hijos	Sin maltrato	72	1,75	1,04	-1,06
	Con maltrato	62	1,95	1,15	

En la Tabla 10 presentamos el nivel de estudios de ambos grupos. Como puede observarse, lo más común es que tengan estudios de bachillerato, lo que se da en más de la mitad de las mujeres de cada grupo, seguido de estudios universitarios y de noveno grado. Y era menos común en ambos grupos que no tuviesen estudios o que solo supieran leer y escribir. Para poder realizar las comparaciones entre ambos grupos de forma fiable agrupamos los niveles de estudios en cuatro categorías uniendo las mujeres sin estudios y las que solo sabían leer y escribir en un primer grupo; las que habían realizado estudios de noveno grado en otro; las que habían realizado bachillerato o estudios técnicos en otro; y el cuarto grupo estaba formado por las mujeres que tenían estudios universitarios. Y no encontramos diferencias en los porcentajes de cada categoría entre las mujeres que habían sido maltratadas por su pareja y las que no habían sufrido dichos abusos [ $\chi^2(3, N = 172) = 2,28, p > 0,05$ ].

**Tabla 10**

*Nivel de estudios de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Nivel de estudios		Sin maltrato	Con maltrato	Total
Sin estudios	N	2	1	3
	%	2,2%	1,3%	1,7%
Solo leer y escribir	N	5	5	10
	%	5,4%	6,3%	5,8%
Noveno grado	N	8	9	17
	%	8,6%	11,4%	9,9%
Bachillerato	N	53	52	105
	%	57,0%	65,8%	61,0%
Técnica	N	4	1	5
	%	4,3%	1,3%	2,9%
Universitaria	N	21	11	32
	%	22,6%	13,9%	18,6%
Total	N	93	79	172
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Respecto a la profesión, se muestra en la Tabla 11. Destaca la gran variabilidad de la profesión de las mujeres en ambos grupos, aunque lo menos común eran las técnicas y las autónomas. Y también cabe destacar que las mujeres maltratadas por su pareja tengan todo tipo de nivel ocupacional y que la quinta parte sean estudiantes. Dado que el elevado número de casillas con frecuencia esperada menor que 5 hacía poco fiable el contraste de  $\chi^2$  se agrupó la profesión en cinco categorías: en una se

incluyeron a las estudiantes; en otras a las mujeres con trabajo de tipo manual cualificado y no cualificado; la tercera categoría incluía a las mujeres con trabajo de tipo no manual y a las autónomas; las licenciadas e ingenieras formaron la cuarta categoría; y el quinto grupo estuvo integrado por las amas de casa. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de cada categoría profesional entre las mujeres que habían sido maltratadas por su pareja y las que no lo habían sufrido dichos abusos [ $\chi^2(4, N = 153) = 7,34, p > 0,05$ ].

**Tabla 11**

*Profesión de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Profesión</b>		<b>Sin maltrato</b>	<b>Con maltrato</b>	<b>Total</b>
Estudiante	N	16	14	30
	%	18,6%	20,9%	19,6%
Trabajo manual no cualificado	N	9	8	17
	%	10,5%	11,9%	11,1%
Trabajo manual cualificado	N	14	10	24
	%	16,3%	14,9%	15,7%
Administrativas	N	16	20	36
	%	18,6%	29,9%	23,5%
Técnicas	N	1	2	3
	%	1,2%	3,0%	2,0%
Licenciada/ingeniera	N	20	9	29
	%	23,3%	13,4%	19,0%
Amas de casa	N	10	3	13
	%	11,6%	4,5%	8,5%
Pequeñas empresarias, autónomas	N	0	1	1
	%	,0%	1,5%	,7%
Total	N	86	67	153
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Solo una de las mujeres estaba desempleada, y pertenecía al grupo de mujeres de la población general que era maltratadas por su pareja.

En la tabla 12 se muestra la fuente de ingresos. Como puede observarse, lo más común es que tuviesen ingresos propios y de su pareja o que se tratase de ingresos propios, aunque algunas dependían de los ingresos de sus padres y del de su pareja, situación que era algo más común en las mujeres maltratadas. Con la finalidad de conocer si había diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de mujeres maltratadas y no maltratadas con diferentes tipos de ingresos se agruparon en cuatro

categorías: 1) las mujeres con ingresos exclusivamente propios; 2) las que los ingresos provenían exclusivamente de su pareja; 3) aquellas cuyos ingresos provenían de sus padres y de otros familiares; 4) las mujeres con ingresos propios y de la pareja o de otros familiares. Y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes entre las mujeres maltratadas y no maltratadas por su pareja [ $\chi^2(3, N = 161) = 4,49, p > 0,05$ ]

**Tabla 12**

*Tipo de ingresos de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas de la población general*

<b>Ingresos</b>		<b>Sin maltrato</b>	<b>Con maltrato</b>	<b>Total</b>
Propios	N	30	22	52
	%	37,0%	27,5%	32,3%
Pareja	N	4	11	15
	%	4,9%	13,8%	9,3%
Padres	N	12	15	27
	%	14,8%	18,8%	16,8%
Otros familiares	N	3	0	3
	%	3,7%	,0%	1,9%
Propio y de pareja	N	32	31	63
	%	39,5%	38,8%	39,1%
Propio y de otros	N	0	1	1
	%	,0%	1,3%	,6%
Total	N	81	80	161
	%	100,0%	100,0%	100,0%

En la Tabla 13 mostramos los datos relativos al tipo de vivienda. Las diferencias en los porcentajes entre el grupo de mujeres con experiencias de maltrato y el grupo de mujeres sin maltrato, eran estadísticamente significativos [ $\chi^2(2, N = 178) = 7,41, p < 0,05$ ] aunque dicho resultado debe tomarse con cautela ya que el 33,3% de las casillas tienen una frecuencia esperada menor de 5. Para evitar dicho problema se realizó el análisis comparando únicamente a las mujeres con y sin vivienda propia, es decir, excluyendo a las que tenían vivienda de alquiler encontrando diferencias estadísticamente significativas [ $\chi^2(1, N = 175) = 6,92, p < 0,01$ ]. Como puede observarse, es más común que las mujeres de la población general que no son maltratadas por su pareja dispongan de vivienda propia.

**Tabla 13**

*Titularidad de la vivienda en los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Tipo de vivienda</b>		<b>Sin maltrato</b>	<b>Con maltrato</b>	<b>Total</b>
Vivienda propia	N	74	49	123
	%	77,9%	59,0%	69,1%
No tiene vivienda	N	20	32	52
	%	21,1%	38,6%	29,2%
Alquilada	N	1	2	3
	%	1,1%	2,4%	1,7%
Total	N	95	83	178
	%	100,0%	100,0%	100,0%

El número de personas con quienes convivían oscilaba entre vivir sola y hacerlo con siete personas en el grupo de mujeres maltratadas y con seis en el de no maltratadas. La media era de 3,79 (DT = 1,58) en el primer grupo y de 4,05 (DT = 1,43) en el segundo, diferencias que no eran estadísticamente significativas,  $t(161) = 0,27$ ,  $p < 0,05$ . En la Tabla 14 se muestra las personas con las que conviven. Como puede observarse, aunque se da mucha diversidad, lo más común es que viva el matrimonio y los hijos, lo que se da en la mitad de los casos, aunque la cuarta parte convive con sus progenitores y familia de origen. En conjunto, el 67,2% de las mujeres no maltratadas por su pareja y el 61,3% de las maltratadas vivían con su pareja, independientemente de que conviviesen o no más personas en el mismo hogar, diferencias que no eran estadísticamente significativas [ $\chi^2(1, N = 129) = 0,48$ ,  $p > 0,05$ ].

Tampoco encontramos diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes del lugar de residencia [ $\chi^2(4, N = 129) = 0,99$ ,  $p > 0,05$ ]. Como puede observarse en la Tabla 15, la tercera parte de cada grupo vivía en el centro de la ciudad, y prácticamente otro tercio en la periferia de la ciudad, aunque algunas residían en la periferia residencial o en pueblos grandes, siendo muy pocas las que vivían en barrios periféricos marginales.



**Tabla 14**

*Parentesco de las personas con las que conviven en los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Parentesco</b>		<b>Sin maltrato</b>	<b>Con maltrato</b>	<b>Total</b>
Nuclear (esposa e hijos)	N	34	32	66
	%	50,7%	51,6%	51,2%
Con pareja (no tiene hijos o viven fuera)	N	4	1	5
	%	6,0%	1,6%	3,9%
Nuclear mas progenitor/es (de ella)	N	1	1	2
	%	1,5%	1,6%	1,6%
Nuclear mas suegros	N	2	2	4
	%	3,0%	3,2%	3,1%
Nuclear mas otros familiares	N	2	2	4
	%	3,0%	3,2%	3,1%
Sin pareja y con hijos y otros familiares	N	3	1	4
	%	4,5%	1,6%	3,1%
Sin pareja y progenitor/es y familia	N	16	17	33
	%	23,9%	27,4%	25,6%
Sola	N	1	1	2
	%	1,5%	1,6%	1,6%
Sin pareja y con sus hijos	N	1	5	6
	%	1,5%	8,1%	4,7%
Con pareja y con otras personas	N	2	0	2
	%	3,0%	,0%	1,6%
Sin pareja y con otros familiares	N	1	0	1
	%	1,5%	,0%	,8%
Total	N	67	62	129
	%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 15**

*Tipo de población del domicilio de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Tipo de población</b>		<b>Sin maltrato</b>	<b>Con maltrato</b>	<b>Total</b>
Centro ciudad	N	22	22	44
	%	34,4%	33,8%	34,1%
Periferia normal ciudad	N	20	21	41
	%	31,3%	32,3%	31,8%
Periferia residencial	N	12	9	21
	%	18,8%	13,8%	16,3%
Periferia marginal	N	1	2	3
	%	1,6%	3,1%	2,3%
Pueblo grande	N	9	11	20
	%	14,1%	16,9%	15,5%
Total	N	64	65	129
	%	100,0%	100,0%	100,0%

### 12.2.2. Características sociodemográficas, de salud y consumo de sustancias de las parejas de las mujeres de la población general

En la Tabla 16 se presentan los datos del nivel de estudios de las parejas de los grupos de mujeres de la población general que son maltratadas y no maltratadas por su pareja. Como puede observarse, lo más común es que tuviesen estudios de bachillerato, lo que se da en casi la mitad, o universitarios. Dado que el elevado número de casillas con frecuencia esperada menor que 5 (el 66,7%) hacen que el cálculo de  $\chi^2$  no sea fiable se disminuyó el número de casillas realizando tres agrupaciones: 1) sin estudios o con estudios básicos; 2) estudios medios, donde se incluyó a los que habían estudiado bachillerato y estudios técnicos; y 3) estudios universitarios. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de estudios entre los hombres de la población general que maltrataban y no maltrataban a su pareja [ $\chi^2(2 N = 88) = 0,75$ ,  $p > 0,05$ ].

**Tabla 16**

*Nivel de estudios de las parejas de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Nivel de estudios		Sin maltrato	Con maltrato	Total
Sin estudios	N	2	1	3
	%	4,7%	2,2%	3,4%
Solo leer y escribir	N	2	5	7
	%	4,7%	11,1%	8,0%
Noveno grado	N	2	2	4
	%	4,7%	4,4%	4,5%
Bachillerato	N	19	20	39
	%	44,2%	44,4%	44,3%
Técnico	N	2	4	6
	%	4,7%	8,9%	6,8%
Universitario	N	16	13	29
	%	37,2%	28,9%	33,0%
Total	N	43	45	88
	%	100,0%	100,0%	100,0%

En la Tabla 17 se muestran los datos relativos a la profesión de las parejas. Como puede observarse, aunque se da mucha variabilidad, lo más común es que tuviesen trabajos de tipo manual cualificado, lo que se daba en prácticamente la tercera parte de los casos, o que fuesen licenciados o ingenieros, lo que sucedía en otra tercera

parte. Destaca que, aunque ninguna de las parejas de las mujeres no maltratadas tenía profesiones relacionadas con la seguridad, sí sucedía en dos de los hombres que maltratan a sus parejas. Además solo había dos estudiantes y no maltrataban a sus parejas.

Para conocer si había diferencias estadísticamente significativas en la profesión de los hombres de la población general que maltrataban y no maltrataban a su pareja los agrupamos en cuatro categorías: en una se incluyó a los que tenía trabajo de tipo manual cualificado y no cualificado; en la segunda a los que tenían trabajo de tipo no manual; la tercera categoría incluía a los licenciados e ingenieros; y en la cuarta categoría se incluyó a los estudiantes. Las diferencias no fueron estadísticamente significativas [ $\chi^2(3, N = 85) = 3,03, p > 0,05$ ], aunque dichos datos deben tomarse con cautela ya que el 25% de las casillas tenía una frecuencia esperada inferior a 5. Para evitar dicho problema se repitieron los análisis excluyendo a los estudiantes, lo que hizo que no hubiese ninguna casilla con frecuencia esperada inferior a 5. Y las diferencias tampoco fueron estadísticamente significativas [ $\chi^2(2, N = 83) = 1,03, p > 0,05$ ].

**Tabla 17**

*Profesión de las parejas de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Profesión</b>		<b>Sin maltrato</b>	<b>Con maltrato</b>	<b>Total</b>
Estudiante	N	2	0	2
	%	4,7%	,0%	2,4%
Trabajo manual no cualificado	N	2	6	8
	%	4,7%	14,3%	9,4%
Trabajo manual cualificado	N	14	15	29
	%	32,6%	35,7%	34,1%
Administrativos	N	8	5	13
	%	18,6%	11,9%	15,3%
Técnicos	N	1	0	1
	%	2,3%	,0%	1,2%
Licenciado/ingeniero	N	16	13	29
	%	37,2%	31,0%	34,1%
Policía, militar, seguridad	N	0	2	2
	%	,0%	4,8%	2,4%
Pequeños empresarios, autónomos	N	0	1	1
	%	,0%	2,4%	1,2%
Total	N	43	42	85
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Lo más común es que estuviesen en activo, lo que se daba en el 90,6% de los hombres que no eran violentos con su pareja y en el 89,7% de los que sí lo eran, citando solo un caso de desempleo, que se daba en el grupo de no maltratadores. El resto era jubilado o pensionista, aunque solo aportaron dicha información 32 de las mujeres no maltratadas por su pareja y 29 de las maltratadas.

Respecto a su estado de salud, según la información de las mujeres, lo más común es que no tuviesen problemas de salud, aunque el 11,4% de los que no maltrataban a su pareja y el 9,7 % de los que sí lo hacían tenían un problema de salud. La afección más frecuente entre los hombres que no maltrataban a su pareja era hipertensión arterial, que se daba en el 4,1%, trastornos de tipo osteomuscular (el 2%), diabetes mellitus (el 1%) o problemas psiquiátricos (otro 1%). De los problemas de salud de los hombres que maltrataban a su pareja, también era el más común la hipertensión arterial que afectaba al 2,3%. Otros problemas de salud más idiosincrásicos, que se daban cada uno en uno de los maltratadores, eran cardiovasculares, digestivos, diabetes y de ansiedad.

La mayoría tampoco tenía ningún tratamiento médico, aunque el 7,7% de los que no maltrataban a su pareja y el 8,3% de los que sí lo hacían tomaban algún medicamento. En los hombres que no maltrataban a su pareja se trataba en todos los casos de medicación específica para su problema de salud, tales como, por ejemplo, antihipertensivos o insulina. Lo mismo sucedía con el 5,7% de los maltratadores a su pareja, aunque uno de ellos tomaba calmantes y otro ansiolíticos.

También se analizaron las conductas de fumar tabaco, el consumo de bebidas alcohólicas y de drogas de las parejas de las mujeres maltratadas y no maltratadas. En la Tabla 18 se muestran los datos relativos a la conducta de fumar tabaco. Como puede observarse, en ambos grupos lo más común es que no fumasen, aunque el 26% de los hombres que maltrataban a su pareja y el 10% de los que no eran violentos con su pareja fumaban menos de una cajetilla diaria, si bien uno de los hombres de este grupo fumaba una cajetilla de tabaco diaria y otro dos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la conducta de fumar o no tabaco los hombres que maltrataban a su pareja y los que no llevaban a cabo dicha violencia [ $\chi^2(1, N = 124) = 3,31, p > 0,05$ ].

**Tabla 18**

*Conducta de fumar tabaco en las parejas de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de población general*

<b>Frecuencia del consumo de tabaco</b>		<b>Sin maltrato</b>	<b>Con maltrato</b>	<b>Total</b>
No fuma	N	60	40	100
	%	87,0%	74,1%	81,3%
1-19 cigarrillos/día	N	7	14	21
	%	10,1%	25,9%	17,1%
1 cajetilla/día	N	1	0	1
	%	1,4%	,0%	,8%
2 cajetillas/día	N	1	0	1
	%	1,4%	,0%	,8%
Total	N	69	54	123
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los hombres que maltrataban y no maltrataba a su pareja en la frecuencia con que eran abstemios o consumían bebidas alcohólicas [ $\chi^2(1, N= 124) = 0,40, p > 0,05$ ]. Como puede observarse en la Tabla 19, según la información de las mujeres, algo más de la mitad de los hombres de cada grupo no consumía bebidas alcohólicas si bien no todas las mujeres informaron de este dato.

**Tabla 19**

*Consumo de bebidas alcohólicas en las parejas de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Consumo de alcohol</b>		<b>Sin maltrato</b>	<b>Con maltrato</b>	<b>Total</b>
Abstemio	N	44	32	76
	%	63,8%	58,2%	61,3%
Consume bebidas alcohólicas	N	25	23	48
	%	36,2%	41,8%	38,7%
Total	N	69	55	124
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Al analizar el patrón de consumo (a diario, los fines de semana o de forma esporádica) y la cantidad que bebían, se encontró que solo una de las mujeres, que no era maltratada por su pareja, decía que su pareja tomaba bebidas alcohólicas a diario, consumiendo tres bebidas diarias. Algo más común era que bebiesen durante el fin de semana, consumo que se muestra en la Tabla 20, siendo lo más frecuente que tomaran

dos bebidas. La quinta parte de los no agresores a su pareja tomaba de forma ocasional una bebida alcohólica, el 4,3% tomaba dos y uno tomaba tres. En el caso de los agresores, el 18,2% tomaba de forma ocasional una bebida y el 7,3% dos.

Ninguna de las mujeres de la población general informó de que su pareja consumiese ningún tipo de drogas.

**Tabla 20**

*Frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas en las parejas de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Frecuencia del consumo de alcohol		Sin maltrato	Con maltrato	Total
No consume durante los fines de semana	N	63	46	109
	%	91,3%	83,6%	87,9%
Una bebida	N	1	2	3
	%	1,4%	3,6%	2,4%
Dos bebidas	N	5	6	11
	%	7,2%	10,9%	8,9%
Borrachera	N	0	1	1
	%	,0%	1,8%	,8%
Total	N	69	55	124
	%	100,0%	100,0%	100,0%

### 12.2.3. Características sociodemográficas y estado de salud de los hijos e hijas de las mujeres de la población general

Las edades de los hijos e hijas oscilaban entre un año y 40 en el grupo de las mujeres que no eran maltratadas por su pareja y entre uno y 37 en las que sí eran maltratadas. No había diferencias estadísticamente significativas en las edades de los hijos (véase Tabla 21).

**Tabla 21**

*Medias de las edades de los hijos e hijas de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas de la población general*

Edad		N	Media	Desviación típica	t
Edad del primer hijo	Sin maltrato	51	10,65	9,58	,01
	Con maltrato	56	10,63	9,12	
Edad del segundo hijo	Sin maltrato	31	12,74	9,03	,06
	Con maltrato	35	11,49	8,59	
Edad del tercer hijo	Sin maltrato	8	13,63	9,52	-,16
	Con maltrato	12	14,25	7,97	

Aunque no todas las mujeres aportaron el dato relativo a la actividad de los hijos, algunas sí lo hicieron. Como puede observarse en la Tabla 22, lo más común es que estuviesen en edad escolar, si bien algunos ya estaban realizando estudios superiores. Y casi la quinta parte de las mujeres de cada grupo tenían hijos de muy corta edad. No había diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres maltratadas y no maltratadas por su pareja en el porcentaje de hijos en las diversas categorías [ $\chi^2(4, N = 101) = 4,08, p > 0,05$ ].

**Tabla 22**

*Actividad de los hijos de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Actividad de los hijos</b>		<b>Sin maltrato</b>	<b>Con maltrato</b>	<b>Total</b>
No tiene hijos	N	8	3	11
	%	16,0%	5,9%	10,9%
Estudian todos (< 16 -18 años)	N	26	29	55
	%	52,0%	56,9%	54,5%
Estudian todos, con estudios superiores alguno o todos	N	6	9	15
	%	12,0%	17,6%	14,9%
Todos trabajan	N	1	0	1
	%	2,0%	,0%	1,0%
Es un bebé	N	9	10	19
	%	18,0%	19,6%	18,8%
Total		50	51	101
		100,0%	100,0%	100,0%

Respecto al estado de salud de los hijos e hijas de las mujeres maltratadas y no maltratadas por su pareja, los datos se muestran en las Tablas 23 y 24. Como puede observarse en la Tabla 22, en ambos grupos la mayoría de los hijos e hijas no tenían ninguna enfermedad, aunque el 6,3% de los hijos de las mujeres no maltratadas por su pareja y el 8,5% de las maltratadas tenían una, porcentajes que no eran estadísticamente diferentes [ $\chi^2(1, N = 123) = 0,22, p > 0,05$ ], aunque el alto número de casillas con frecuencia esperada menor a cinco (el 50%) hace que los resultados del contraste sean poco fiables. En el grupo de las mujeres maltratadas, la enfermedad más común era de tipo respiratorio, que afectaba a tres de los hijos, uno tenía anemia y otro alergia. Y en el grupo de mujeres maltratadas la enfermedad de dos de los hijos eran de tipo respiratorio, en otro se trataba de alergias y en el otro migrañas.

**Tabla 23**

*Número de enfermedades de los hijos de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Enfermedad</b>		<b>Sin maltrato</b>	<b>Con maltrato</b>	<b>Total</b>
Ninguna	N	60	54	114
	%	93,8%	91,5%	92,7%
Una	N	4	5	9
	%	6,3%	8,5%	7,3%
Total	N	64	59	123
	%	100,0%	100,0%	100,0%

Los datos relativos al número de hijos e hijas con tratamiento en ambos grupos se muestran en la Tabla 24. Las diferencias de porcentajes no eran estadísticamente significativas [ $\chi^2(1, N = 123) = 0,22, p > 0,05$ ], aunque el alto número de casillas con frecuencia esperada menor a cinco (el 50%) hace que los resultados del contraste sean poco fiables. En el grupo de las mujeres no maltratadas por su pareja, tres de los hijos tenían tratamientos específicos para las afecciones citadas y uno de ellos solo iba a revisiones médicas, mientras que dos de los hijos de las mujeres maltratadas por su pareja solo tenían que ir a revisiones médicas y los otros tres tenían el tratamiento específico para su afección.

**Tabla 24**

*Número de tratamiento de los hijos de los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Tratamientos</b>	<b>Sin maltrato</b>	<b>Con maltrato</b>	<b>Total</b>
Ninguno	60	54	114
	93,8%	91,5%	92,7%
Uno	4	5	9
	6,3%	8,5%	7,3%
Total	64	59	123
	100,0%	100,0%	100,0%

### **12.3. COMPARACIONES ENTRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA MUESTRA CLÍNICA Y CON LOS DOS GRUPOS DE LA POBLACIÓN GENERAL**



### 12.3.1. Comparaciones en las variables sociodemográficas entre el grupo de la muestra clínica y los dos grupos de la población general

En la Tabla 25 se muestran las medias, desviaciones típicas y comparaciones entre los tres grupos de mujeres en la edad y el número de hijos. Encontramos diferencias de medias estadísticamente significativas en la edad de las mujeres y en el número de hijos. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que, en todos los casos, había diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica y los dos grupos de la población general, tanto el que estaba formado por las mujeres maltratadas por su pareja como el de las no maltratadas. Como se observa en la Tabla 24, las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica tienen más edad y número de hijos que las mujeres de la población general.

**Tabla 25**

*Medias, desviaciones típicas y comparaciones entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general en las variables sociodemográficas cuantitativas*

Variables sociodemográficas	Media	Desviación típica	N	F	Comparaciones <i>post-hoc</i>
<b>Edad</b>					
1. PG sin maltrato	32,39	9,88	97	7,25**	3 > 1** 3 > 2**
2. PG con maltrato	32,07	8,54	87		
3. Clínica maltratada	36,18	9,37	144		
<b>Nº de hijos</b>					
1. PG sin maltrato	1,75	1,04	72	12,5***	3 > 1*** 3 > 2**
2. PG con maltrato	1,95	1,15	62		
3. Clínica maltratada	2,66	1,60	144		

\*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

Al realizar las comparaciones entre los tres grupos en las variables sociodemográficas y laborales de tipo cualitativo, y al igual que se había hecho en algunos de los análisis estadísticos con la muestra de la población general, realizamos una reagrupación de algunas categorías con la finalidad de tener un menor número de casillas con frecuencia esperada menor a cinco en las tablas de contingencia, lo que nos permite obtener resultados fiables en los análisis de  $\chi^2$ . Antes de exponer los resultados es conveniente aclarar que, en las tablas, denominamos al grupo de mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica como “Clínica maltratada”, al grupo de la población

general maltratadas por su pareja como “PG maltratada” y a las no maltratadas como “PG no maltratada”.

En la Tabla 26 se muestra el estado civil de los tres grupos de mujeres. A nivel global, encontramos diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes [ $\chi^2(6, N = 322) = 46,62, p < 0,001$ ]. Como puede observarse, mientras que más de la cuarta parte de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica está separada, divorciada o viuda, es mucho menos común que ello suceda en los grupos de la población general, sobre todo en el de no maltratadas por su pareja. Y el porcentaje de casadas de este último grupo es más del doble que el del grupo de mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica.

**Tabla 26**

*Estado civil del grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Estado civil		PG no maltratada	PG maltratada	Clínica maltratada	Total
Soltera	N	29	21	33	83
	%	30,5%	25,3%	22,9%	25,8%
Casada	N	50	34	35	119
	%	52,6%	41,0%	24,3%	37,0%
Unión de hecho	N	15	20	35	70
	%	15,8%	24,1%	24,3%	21,7%
Separada/divorciada/viuda	N	1	8	41	50
	%	1,1%	9,6%	28,5%	15,5%
Total	N	95	83	144	322
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Para comparar el nivel de estudios hicimos cuatro categorías: una, que denominamos “Sin estudios” y que engloba a las personas que no han realizado estudios básicos y a las que solo saben leer y escribir. En la segunda (Básicos) englobamos a las personas que habían realizado Noveno grado; en “Medios” agrupamos a las personas con estudios técnicos y de bachillerato; y en “Universitarios” incluimos a las personas que habían cursado estudios universitarios. También en el nivel de estudios encontramos diferencias globales estadísticamente significativas entre los tres grupos [ $\chi^2(6, N = 316) = 69,74, p < 0,001$ ]. Como puede observarse en la Tabla 27, mientras que casi la mitad de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica no han realizado estudios formales, es bastante infrecuente que ello suceda en los dos grupos de

la población general, siendo mucho más frecuente que las mujeres de estos grupos tengan estudios medios o universitarios.

**Tabla 27**

*Nivel de estudios del grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Nivel de estudios		PG maltratada	no PG maltratada	Clínica maltratada	Total
Sin estudios	N	7	6	60	73
	%	7,5%	7,6%	41,7%	23,1%
Básicos	N	8	9	23	40
	%	8,6%	11,4%	16,0%	12,7%
Medios	N	57	53	56	166
	%	61,3%	67,1%	38,9%	52,5%
Universitarios	N	21	11	5	37
	%	22,6%	13,9%	3,5%	11,7%
Total	N	93	79	144	316
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la Tabla 28 se muestra la profesión de las mujeres del grupo de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general. Para realizar las comparaciones de las profesiones entre los tres grupos, unimos en una misma categoría a las personas con empleo de tipo manual, fuese o no cualificado; denominamos “profesionales” a las personas que tenían empleos para los que se requerían títulos universitarios y en “empleo no manual” agrupamos al resto de las personas. También se encontraron diferencias globales estadísticamente significativas entre los tres grupos de mujeres [ $\chi^2(8, N = 297) = 73,42, p < 0,001$ ]. Como puede observarse en la Tabla 28, es menos frecuente que las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica sean estudiantes o profesionales, siendo más común que se definan como “amas de casa” o que tengan empleos de tipo manual.

En la Tabla 29 presentamos los datos correspondientes a la variable que denominamos “actividad” y que agrupa la actividad laboral de las mujeres en cuatro categorías: una formada por las que están desempleadas, otras por la que están en situación laboral de actividad, una tercera que incluye a las amas de casa, estudiantes y jubiladas (y que en la tabla constan como “otra actividad”), y una cuarta con las mujeres que están de baja por enfermedad. Aunque las diferencias en los porcentajes eran estadísticamente significativas [ $\chi^2(6, N = 268) = 17,83, p < 0,01$ ], el estadístico de

contraste es poco fiable dado el elevado número de casillas (el 41,7%) cuya frecuencia esperada es menor de 5. Para evitar dicho problema se redujo el número de categorías realizando únicamente tres grupos: en uno se incluyeron a las estudiantes, en otras a las mujeres en situación de actividad laboral y en el tercero al resto de mujeres, encontrando que las diferencias en los porcentajes también eran estadísticamente significativas [ $\chi^2(4, N = 268) = 45,82, p < 0,001$ ]. Como puede observarse en la Tabla 29, era más común que las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica estén desempleadas o de baja por enfermedad, circunstancia que no se daba en ninguna de las mujeres de la población general.

**Tabla 28**

*Profesión de las mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Profesión		PG no maltratada	PG maltratada	Clínica maltratada	Total
Estudiante	N	16	14	1	31
	%	18,6%	20,9%	,7%	10,4%
Empleo manual	N	23	18	62	103
	%	26,7%	26,9%	43,1%	34,7%
Empleo no manual	N	17	23	35	75
	%	19,8%	34,3%	24,3%	25,3%
Profesionales	N	20	9	4	33
	%	23,3%	13,4%	2,8%	11,1%
Amas de casa	N	10	3	42	55
	%	11,6%	4,5%	29,2%	18,5%
Total	N	86	67	144	297
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 29**

*Actividad de las mujeres del grupo de la muestra clínica y de los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Actividad		PG no maltratada	PG maltratada	Clínica maltratada	Total
Desempleo	N	0	1	16	17
	%	,0%	1,9%	11,1%	6,3%
Activo	N	39	32	80	151
	%	54,9%	60,4%	55,6%	56,3%
Otra actividad	N	32	20	44	96
	%	45,1%	37,7%	30,6%	35,8%
Baja por enfermedad	N	0	0	4	4
	%	,0%	,0%	2,8%	1,5%
Total	N	71	53	144	268
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

También encontramos diferencias globales en los porcentajes del tipo de ingresos de las mujeres del grupo de la muestra clínica, y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general [ $\chi^2(8, N = 289) = 35,52, p < 0,001$ ]. Como puede observarse en la Tabla 30, era más habitual que las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, viviesen de los ingresos de su pareja o ex pareja que el resto de las mujeres, si bien el 30% de ellas vivía de sus propios ingresos.

**Tabla 30**

*Tipo de ingresos de las mujeres del grupo de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Ingresos		PG maltratada	no PG maltratada	Clínica maltratada	Total
Propios	N	30	22	39	91
	%	37,0%	27,5%	30,5%	31,5%
Pareja	N	4	11	32	47
	%	4,9%	13,8%	25,0%	16,3%
Propio y de otros	N	32	32	29	93
	%	39,5%	40,0%	22,7%	32,2%
De otros	N	15	15	17	47
	%	18,5%	18,8%	13,3%	16,3%
De la ex pareja	N	0	0	11	11
	%	,0%	,0%	8,6%	3,8%
Total	N	81	80	128	289
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Al analizar si las mujeres disponían de vivienda, también encontramos diferencias globales estadísticamente significativas [ $\chi^2(4, N = 322) = 117,14, p < 0,001$ ]. Como se observa en la Tabla 31, más de la mitad de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica no tenían vivienda propia siendo lo más común que habitasen en casas de otras personas, mientras que esta circunstancia fue casi inexistente en el grupo de mujeres de la población general que no eran maltratadas por su pareja. En este grupo lo más frecuente fue que tuviesen vivienda propia, circunstancia que se daba en casi el 80% de la muestra. Por otro lado, las mujeres de la población general que eran maltratadas por su pareja era el grupo de mujeres que con mayor frecuencia carecía de vivienda propia.

**Tabla 31**

*Disponibilidad de vivienda en el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Vivienda</b>		<b>PG no maltratada</b>	<b>PG maltratada</b>	<b>Clínica maltratada</b>	<b>Total</b>
No tiene vivienda	N	20	32	20	72
	%	21,1%	38,6%	13,9%	22,4%
Vivienda propia	N	74	49	50	173
	%	77,9%	59,0%	34,7%	53,7%
Sí, titularidad de otros	N	1	2	74	77
	%	1,1%	2,4%	51,4%	23,9%
Total	N	95	83	144	322
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En cuanto a los datos relativos al número de personas que convivían en un mismo hogar en los tres grupos de mujeres, se muestra en la Tabla 32. Como puede observarse, solo se dan diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres maltratadas por su pareja que se autodefine como maltratada y el grupo de la población general de mujeres no maltratadas por su pareja, siendo menor en este grupo el número medio de personas que conviven en un mismo hogar.

**Tabla 32**

*Medias, desviaciones típicas y comparaciones en el número de personas que conviven con las mujeres entre el grupo de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Grupos</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación típica</b>	<b>N</b>	<b>F</b>	<b>Comparaciones <i>post-hoc</i></b>
PG no maltratada	3,79	1,58	85	5,51**	3 > 1**
PG maltratada	4,05	1,43	78		
Clínica maltratada	4,56	2,01	144		

\*\*  $p < 0,01$ .

En la Tabla 33 se muestra el parentesco de las personas con las que conviven las mujeres de cada grupo. Aunque se encontraron diferencias globales estadísticamente significativas [ $\chi^2(12, N = 271) = 43,07, p < 0,001$ ], el elevado número de casillas cuya frecuencia esperada es inferior a 5 (el 42,9%) hace que no sea fiable el estadístico de contraste. Pese a ello, en la Tabla 33 destaca que es mucho más común que las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica vivan con sus hijos e hijas pero sin su

pareja, lo que sucede en más de la cuarta parte de los casos, que las mujeres de la población general. Por el contrario, mientras que al menos la mitad de las mujeres de la población general vive con su pareja e hijos, ello sucede en menos de la tercera parte de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica.

Para conocer si había diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de mujeres en la frecuencia con que vivían o no con sus parejas, independientemente de que en el mismo hogar viviesen también otras personas, se hicieron análisis de contingencia. Las diferencias en porcentajes fueron estadísticamente significativas [ $\chi^2(2, N = 273) = 7,89, p < 0,05$ ]. Era más habitual que no conviviesen con su pareja las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, circunstancia que se daba en el 52,1% mientras que solo sucedía en el 32,8% de las mujeres de la población general que no eran maltratadas por su pareja y en el 38,7% de las que sí lo eran.

**Tabla 33**

*Parentesco de las personas con las que conviven el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Parentesco		PG no maltratada	PG maltratada	Clínica maltratada	Total
Nuclear (esposa e hijos)	N	34	32	44	110
	%	52,3%	51,6%	30,6%	40,6%
Con pareja (no tiene hijos o viven fuera)	N	4	1	1	6
	%	6,2%	1,6%	,7%	2,2%
Nuclear mas otras personas	N	5	5	21	31
	%	7,7%	8,1%	14,6%	11,4%
Sin pareja y con hijos y otros familiares	N	20	18	31	69
	%	30,8%	29,0%	21,5%	25,5%
Sin pareja y con sus hijos	N	1	5	39	45
	%	1,5%	8,1%	27,1%	16,6%
Sola	N	1	1	5	7
	%	1,5%	1,6%	3,5%	2,6%
Con nueva pareja y sus hijos	N	0	0	3	3
	%	,0%	,0%	2,1%	1,1%
Total	N	65	62	144	271
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 34**

*Tipo de población del domicilio del grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Tipo de población</b>		<b>PG no maltratada</b>	<b>PG maltratada</b>	<b>Clínica maltratada</b>	<b>Total</b>
Centro ciudad	N	22	22	0	44
	%	34,4%	33,8%	,0%	16,1%
Periferia normal ciudad	N	20	21	6	47
	%	31,3%	32,3%	4,2%	17,2%
Periferia residencial	N	12	9	14	35
	%	18,8%	13,8%	9,7%	12,8%
Periferia marginal	N	1	2	32	35
	%	1,6%	3,1%	22,2%	12,8%
Pueblo grande	N	9	11	45	65
	%	14,1%	16,9%	31,3%	23,8%
Periferia pueblo grande	N	0	0	1	1
	%	,0%	,0%	,7%	,4%
Pueblo pequeño	N	0	0	46	46
	%	,0%	,0%	31,9%	16,8%
Total	N	64	65	144	273
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

También se encontraron diferencias globales estadísticamente significativas entre los tres grupos en la zona sociológica en que viven [ $\chi^2(12, N = 273) = 152,54, p < 0,001$ ]. Como se observa en la Tabla 34, mientras que más del 60% de cada uno de los grupos de la población general vive en zonas no marginales de la ciudad, es mucho menos probable que las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, vivan en el centro de la ciudad o en zonas periféricas menos desfavorecidas. Y es mucho más común que vivan en pueblos, lo que es mucho menos frecuente en las mujeres de la población general.

### **12.3.2. Comparaciones en las variables de la pareja e hijos entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general**

Al comparar el nivel de estudios de la pareja entre los tres grupos de mujeres, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas [ $\chi^2(6, N = 230) = 36,49, p < 0,001$ ]. Como puede observarse en la Tabla 35, era más común que las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica tuviesen parejas sin estudios o



con estudios básicos, mientras que era más frecuente que las parejas de las mujeres de la población general tuviesen estudios medios o universitarios.

**Tabla 35**

*Nivel de estudios de la pareja del grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Estudios		PG no maltratada	PG maltratada	Clínica maltratada	Total
Sin estudios	N	4	6	48	58
	%	9,3%	13,3%	33,8%	25,2%
Básicos	N	2	2	28	32
	%	4,7%	4,4%	19,7%	13,9%
Medios	N	21	24	49	94
	%	48,8%	53,3%	34,5%	40,9%
Universitarios	N	16	13	17	46
	%	37,2%	28,9%	12,0%	20,0%
Total	N	43	45	142	230
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la profesión [ $\chi^2(6, N = 228) = 24,29, p < 0,001$ ] cuando se realizaron las agrupaciones mostradas en la Tabla 36, aunque el porcentaje de casillas con frecuencia esperada inferior a 5 era del 25%. Para aumentar la fiabilidad del contraste repetimos los análisis excluyendo a los estudiantes, ya que se trataba de una categoría muy poco frecuente, y encontramos que las diferencias eran estadísticamente significativas [ $\chi^2(4, N = 223) = 22,32, p < 0,001$ ]. Como puede observarse en la Tabla 36, era más común que las parejas de las mujeres maltratadas de la muestra clínica tuviesen empleos de tipo manual mientras que era menos común que fuesen profesionales, aunque en algo más del 10% se trataba de hombres con tales categorías laborales.

En la Tabla 37 se muestran los datos relativos a la actividad de las parejas de los tres grupos de mujeres. Dado que el número de casillas con frecuencia esperada inferior a 5 (el 58,3%) hacía poco fiable el análisis de  $\chi^2$ , para conocer si se daban diferencias estadísticamente significativas disminuimos el número de categorías a dos: en actividad laboral y en otras circunstancias. Pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas [ $\chi^2(2, N = 192) = 2,28, p > 0,05$ ]. Pese a ello, destaca el

mayor porcentaje de hombres desempleados y en prisión entre los maltratadores a su pareja del grupo de mujeres de la muestra clínica.

**Tabla 36**

*Profesión de la pareja del grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Profesión</b>		<b>PG no maltratada</b>	<b>PG maltratada</b>	<b>Clínica maltratada</b>	<b>Total</b>
Estudiante	N	2	0	3	5
	%	4,7%	,0%	2,1%	2,2%
Empleo manual	N	16	21	101	138
	%	37,2%	50,0%	70,6%	60,5%
Empleo no manual	N	9	8	23	40
	%	20,9%	19,0%	16,1%	17,5%
Profesionales	N	16	13	16	45
	%	37,2%	31,0%	11,2%	19,7%
Total	N	43	42	143	228
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 37**

*Actividad de la pareja del grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos de mujeres, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Actividad</b>		<b>PG no maltratada</b>	<b>PG maltratada</b>	<b>Clínica maltratada</b>	<b>Total</b>
Desempleo	N	1	0	12	13
	%	3,1%	,0%	9,2%	6,8%
Activo	N	29	26	107	162
	%	90,6%	89,7%	81,7%	84,4%
Estudiante/pensionista	N	2	3	10	15
	%	6,3%	10,3%	7,6%	7,8%
Prisión	N	0	0	2	2
	%	,0%	,0%	1,5%	1,0%
Total	N	32	29	131	192
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Al analizar las diferencias en la salud de las parejas de los tres grupos de mujeres encontramos diferencias estadísticamente significativas, tanto en el número de enfermedades como en el de medicamentos. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que las diferencias se daban únicamente entre las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica y los dos grupos de mujeres de la población general. Como puede observarse en la Tabla 38, las parejas de las mujeres

maltratadas de la muestra clínica tienen mayor número de enfermedades y consumen más medicamentos que el resto.

El mismo patrón diferencial se encontró al analizar el consumo de bebidas alcohólicas y en la conducta de fumar tabaco, como se observa en la Tabla 39. Las parejas de las mujeres maltratadas que se autocalifican como tal consumen mayor cantidad de bebidas alcohólicas y fuman mayor número de cigarrillos al día que las parejas de las mujeres de los otros dos grupos. Respecto al consumo de drogas, como ya se citó, ninguna de las mujeres de la población general dijo que su pareja consumiese drogas, mientras que en el grupo de las mujeres maltratadas por su pareja que se autoreconocían como tal el 13,3% dijo que su pareja consumía drogas, el 3,5% afirmó que no lo sabía y el 1,4% dijo que su pareja había consumido en el pasado.

**Tabla 38**

*Medias, desviaciones típicas y comparaciones en el estado de salud de sus parejas entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Grupos	Media	Desviación típica	N	F	Comparaciones <i>post-hoc</i>
<b>N° de enfermedades</b>					
1. PG sin maltrato	,11	,32	79	7,2**	3 > 1** 3 > 2**
2. PG con maltrato	,10	,30	72		
3. Clínica maltratada	,32	,62	137		
<b>N° de medicamentos</b>					
1. PG sin maltrato	,08	,27	78	5,1**	3 > 1* 3 > 2*
2. PG con maltrato	,08	,28	72		
3. Clínica maltratada	,23	,52	137		

\*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

**Tabla 39**

*Medias, desviaciones típicas y comparaciones en el consumo de tabaco y de bebidas alcohólicas de sus parejas entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Grupos	Media	Desviación típica	N	F	Comparaciones <i>post-hoc</i>
<b>N° de cigarrillos/día</b>					
1. GC sin maltrato	,86	3,15	69	12,2***	3 > 1*** 3 > 2**
2. GC con maltrato	,94	1,87	54		
3. Clínica maltratada	5,51	10,04	143		
<b>Cantidad de bebidas alcohólicas</b>					
1. GC sin maltrato	,9565	2,70	69	30,9***	3 > 1*** 3 > 2***
2. GC con maltrato	1,0545	1,98	55		
3. Clínica maltratada	12,9161	16,70	143		

\*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

Al analizar si había diferencias entre los tres grupos de mujeres en las edades de los hijos e hijas, encontramos diferencias estadísticamente significativas en la edad del primer hijo, pero no en la del segundo ni del tercero. Como puede observarse en la Tabla 40, la edad media del primer hijo de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica es superior a la de los primogénitos de las mujeres de los grupos de la población general.

En la Tabla 41 se muestran los datos relativos a la actividad de los hijos e hijas de las mujeres de los tres grupos. Se encontró que había diferencias en los porcentajes estadísticamente significativas [ $\chi^2(10, N = 221) = 51,04, p < 0,001$ ] aunque el elevado número de casillas (el 50%) con frecuencia esperada inferior a 5 hace que el estadístico de contraste sea poco fiable. Pese a ello, en la Tabla 41 se observa que es más común que los hijos de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica trabajen, y menos frecuente que estudien todos estando cursando estudios superiores alguno.

**Tabla 40**

*Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las edades de sus hijos entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Grupos	Media	Desviación típica	N	F	Comparaciones <i>post-hoc</i>
<b>Edad de primer hijo</b>					
1. PG sin maltrato	10,65	9,58	51	8,9***	3 > 1*** 3 > 2**
2. PG con maltrato	10,63	9,12	56		
3. Clínica maltratada	15,72	9,42	140		
<b>Edad del segundo hijo</b>					
1. PG sin maltrato	12,74	9,03	31	1,9	
2. PG con maltrato	11,49	8,59	35		
3. Clínica maltratada	14,64	8,99	113		
<b>Edad del tercer hijo</b>					
1. PG sin maltrato	13,63	9,52	8	0,0	
2. PG con maltrato	14,25	7,97	12		
3. Clínica maltratada	13,81	8,16	69		

\*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

**Tabla 41**

Actividad de los hijos del grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general

Actividad		PG no maltratada	PG maltratada	Clínica maltratada	Total
Estudian todos (< 16 -18 años)	N	24	26	78	128
	%	61,5%	61,9%	55,7%	57,9%
Estudian todos, con estudios sup. alguno o todos	N	6	9	5	20
	%	15,4%	21,4%	3,6%	9,0%
Mitad estudian, grandes trabajan	N	0	0	25	25
	%	,0%	,0%	17,9%	11,3%
Todos trabajan	N	1	0	15	16
	%	2,6%	,0%	10,7%	7,2%
Ni estudian ni trabajan	N	0	0	3	3
	%	,0%	,0%	2,1%	1,4%
Es un bebé	N	8	7	14	29
	%	20,5%	16,7%	10,0%	13,1%
Total	N	39	42	140	221
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Tabla 42**

Medias, desviaciones típicas y comparaciones en el estado de salud de sus hijos entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general

Grupos	Media	Desviación típica	N	F	Comparaciones <i>post hoc</i>
<b>N° de enfermedades</b>					
1. PG sin maltrato	,06	,24	64	18,3***	3 > 1*** 3 > 2***
2. PG con maltrato	,08	,28	59		
3. Clínica maltratada	,42	,59	140		
<b>N° de tratamientos</b>					
1. PG sin maltrato	,06	,24	64	27,9***	3 > 1** 3 > 2**
2. PG con maltrato	,08	,28	59		
3. Clínica maltratada	,28	,50	140		

\*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

Respecto al estado de salud de los hijos e hijas de las mujeres de los tres grupos, encontramos diferencias estadísticamente significativas tanto en el número de enfermedades como en el de tratamientos. Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni indicaron que las diferencias estadísticamente significativas solo se daban entre el grupo de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica y el resto de los grupos. Como puede observarse en la Tabla 42, los hijos e hijas de los dos grupos de

---

mujeres de la población general tienen menor número de enfermedades y menor número de tratamientos que los hijos de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica. Diferencias que parecen ser particularmente acusadas en el número de enfermedades cuya media es, en el caso de los hijos de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, al menos cinco veces superior a la del resto de los grupos.

#### **12.4. DIFERENCIAS EN MALTRATO ENTRE EL GRUPO DE MUJERES MALTRATADAS DE LA MUESTRA CLÍNICA Y EL GRUPO DE MUJERES MALTRATADAS DE LA POBLACIÓN GENERAL**

A continuación se presentan los datos del maltrato físico, psicológico y sexual, tal y como son evaluados a través del APCM, de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica y del grupo de mujeres de la población general que, según las puntuaciones en dicho inventario, también eran maltratadas por su pareja.

En la Figura 14 presentamos las puntuaciones en maltrato psicológico del inventario *APM* de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica. El rango de las puntuaciones oscilaba entre 15 y 139, siendo el rango posible de 0 a 152. La media era de 79,7, la desviación típica de 32,1 y la mediana y la moda de 83. Como puede observarse, existe gran variabilidad en las puntuaciones en maltrato psicológico.

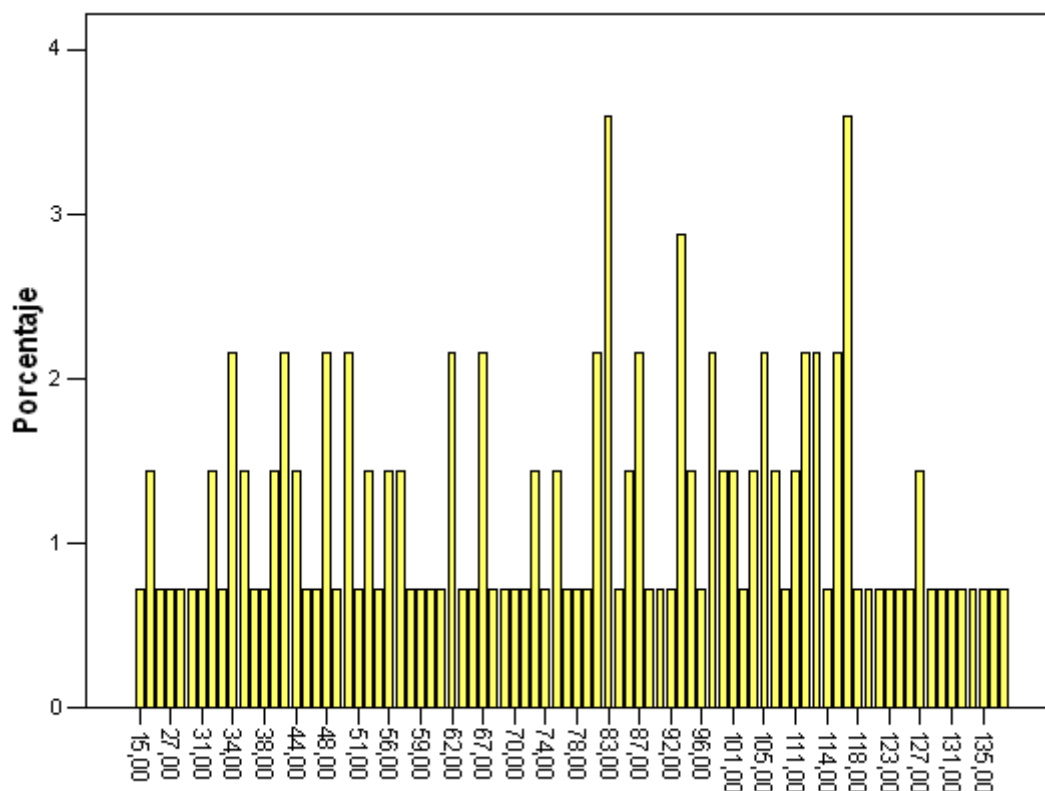


Figura 14. Puntuaciones en maltrato psicológico en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

El rango de puntuaciones en maltrato físico en las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica oscilaba entre 0, lo que se daba en el 7,7% de los casos, y 54, siendo el rango posible de 0 a 60. La media era de 15,3, la desviación típica de 14,0, la mediana de 11,5 y la moda de 2. Como se observa en la Figura 15, aunque se da mucha variabilidad, lo más común son las puntuaciones bajas y medias.

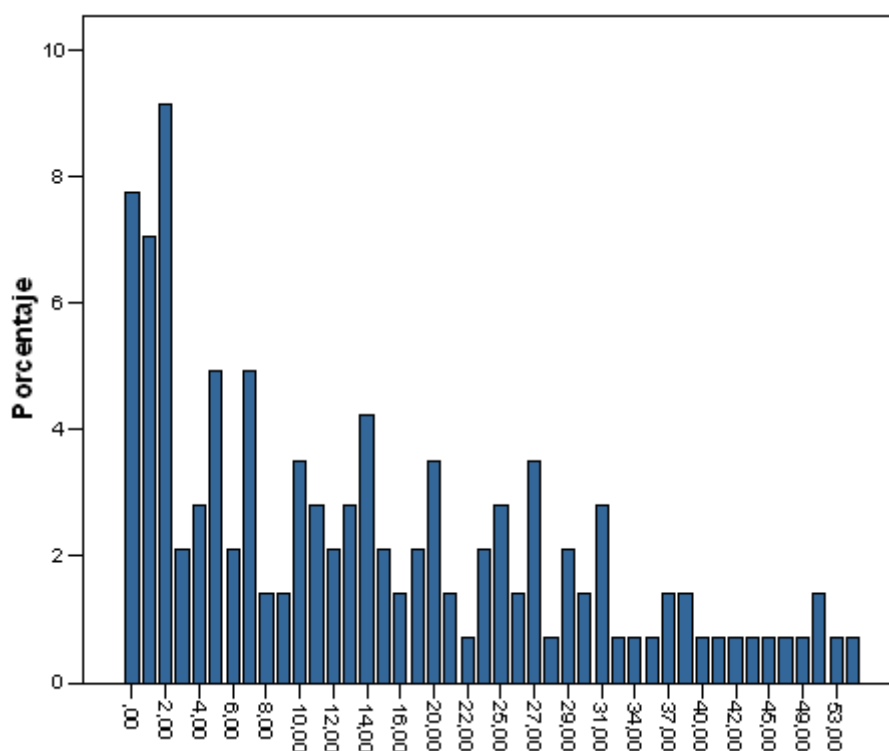


Figura 15. Puntuaciones en maltrato físico en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

El rango de las puntuaciones en maltrato sexual estaba entre 0, lo que se daba en el 31,9%, y 16, distribuyéndose las puntuaciones por todo el rango posible de la escala, que va de 0 a 16. La media era de 4,9, la desviación típica también de 4,9 la mediana de 4 y la moda de 0. Como se observa en la Figura 16, hay mucha variabilidad en la intensidad del maltrato sexual por parte de la pareja al que son sometidas las mujeres que sufren este tipo de abusos.



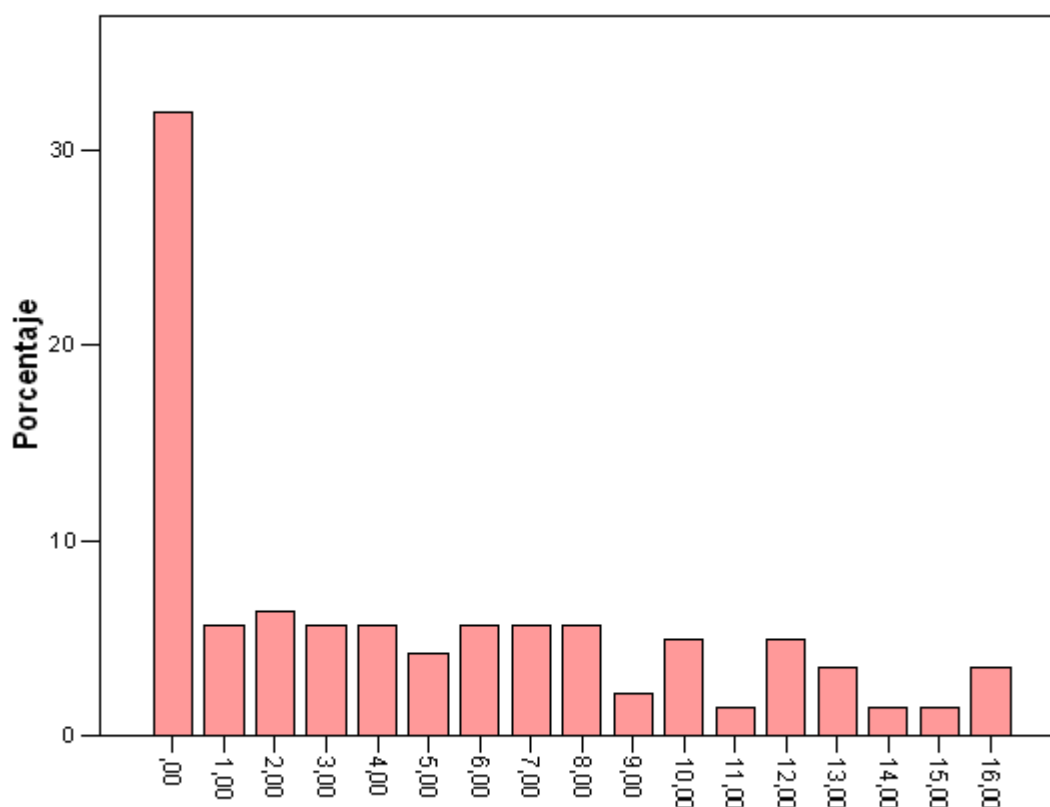


Figura 16. Puntuaciones en maltrato sexual en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

Respecto a las puntuaciones de las 87 mujeres de la población general que, según las respuestas dadas al *APCM*, eran maltratadas por su pareja, se muestran en las Figuras 17, 18 y 19. El rango de las puntuaciones en maltrato psicológico oscilaba entre 4 y 131, no alcanzando ninguna la puntuación máxima permitida por la escala que era de 152. La media era de 26,7, la desviación típica de 24,1, la mediana de 19 y la moda de 12. Como puede observarse en la Figura 17, lo más común son los niveles bajos y medios de maltrato psicológico, aunque algunas de las mujeres de la población general sufren un maltrato psicológico intenso por parte de su pareja.

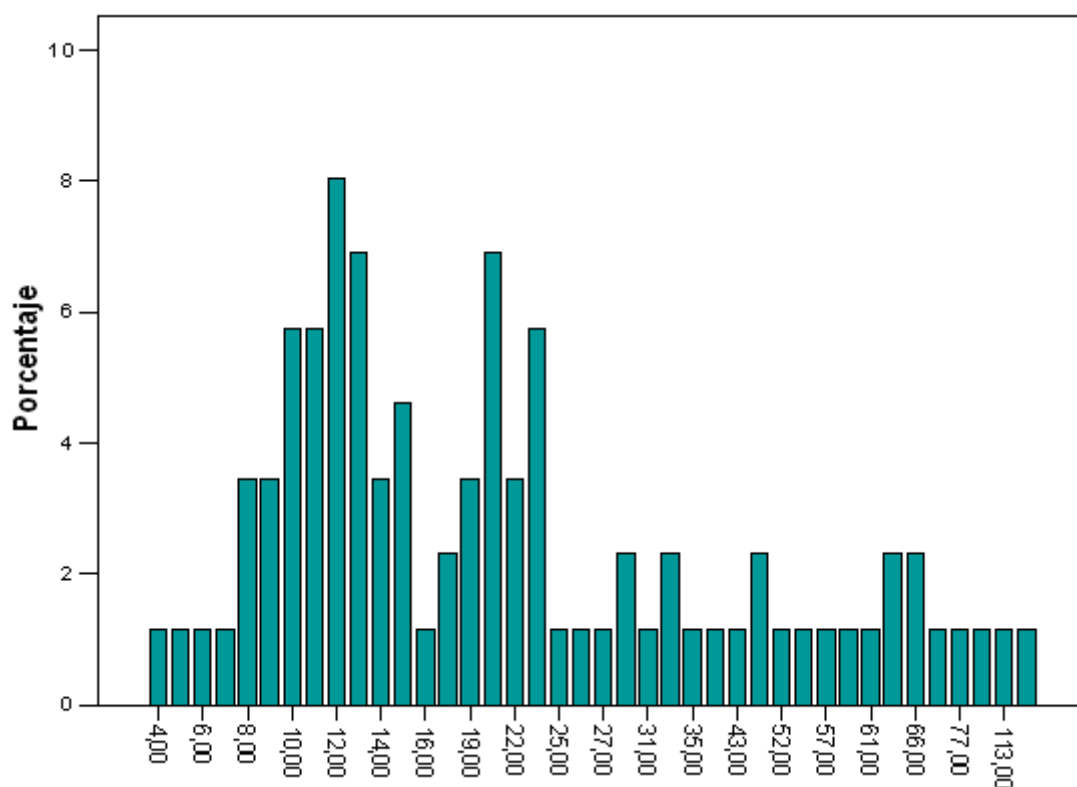


Figura 17. Puntuaciones en maltrato psicológico en las mujeres maltratadas de la población general

En cuanto al maltrato físico experimentado, el rango de las puntuaciones oscilaba entre 0, lo que se daba en el 70,1% de los casos, y 48, no alcanzando en ningún caso el rango máximo que permite la escala que es de 60. La media era de 2,9, la desviación típica de 7,9, y la mediana de y la moda de 0. Como se observa en la Figura 18, aunque es minoría el número de mujeres de la población general que es maltratada físicamente por su pareja, se da bastante variabilidad en la medida en que lo sufren, siendo bastante intenso en algunas de las mujeres.

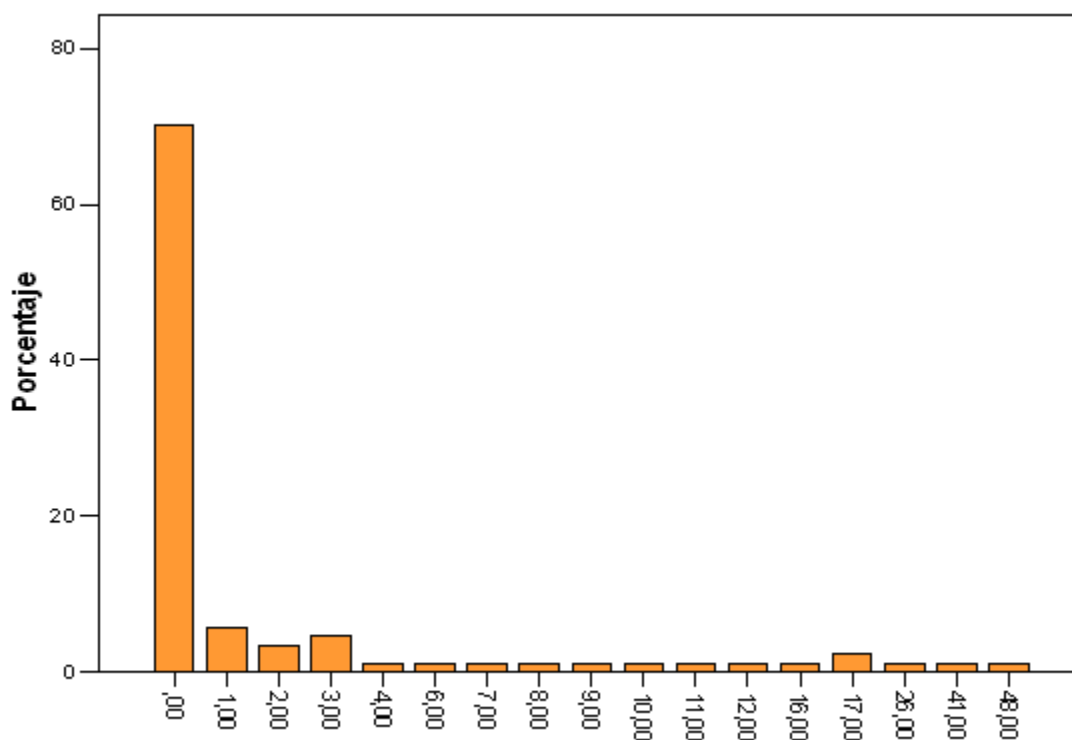


Figura 18. Puntuaciones en maltrato físico en las mujeres maltratadas de la población general

El rango de las puntuaciones en maltrato sexual en las mujeres de la población general que eran maltratadas por su pareja estaba entre 0, lo que se daba en el 69%, y 16, distribuyéndose las puntuaciones por todo el rango posible de la escala. La media era de 1,2, la desviación típica de 3,1 y la mediana y la moda de 0. Como puede observarse en la Figura 19, aunque la mayoría de las mujeres no sufre este tipo de abusos y el 15% los sufre de forma poco intensa, se da mucha variabilidad en el resto, sufriendo algunas de las mujeres de la población general un maltrato sexual muy intenso por parte de su pareja.

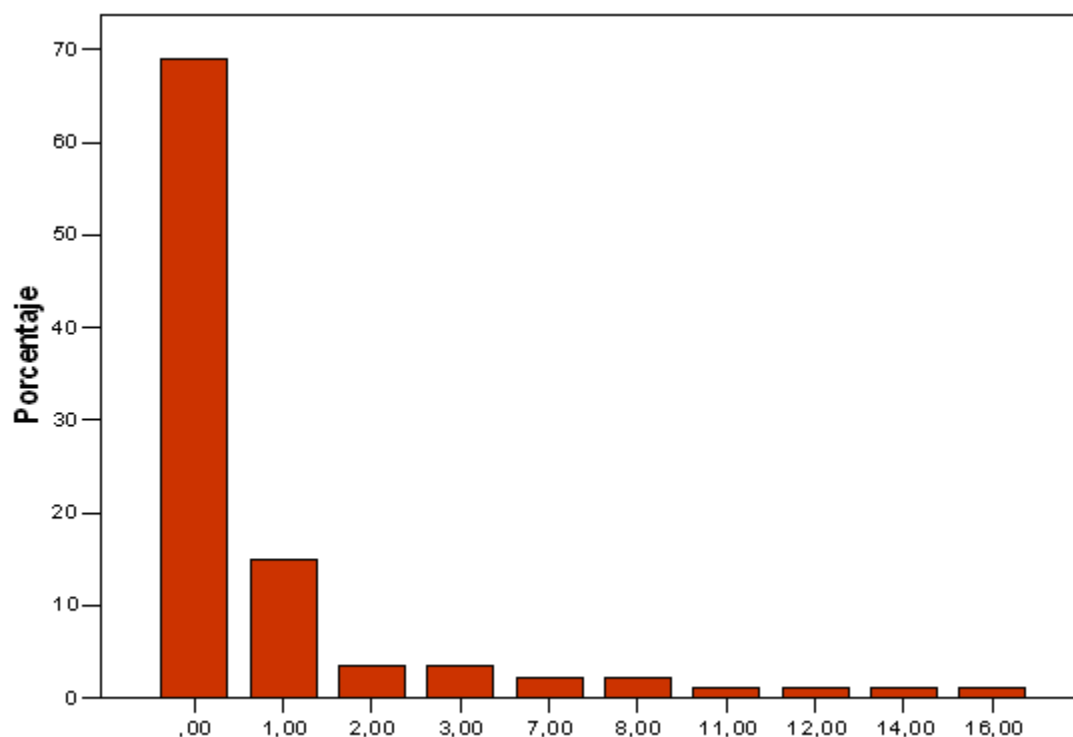


Figura 19. Puntuaciones en maltrato sexual en las mujeres maltratadas de la población general

Para conocer si existían diferencias estadísticamente significativas en los tres tipos de maltrato entre las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica y las mujeres maltratadas de la población general, realizamos un análisis multivariado de covarianza (MANCOVA) considerando como variable independiente el pertenecer a cada uno de los grupos, como dependientes las puntuaciones en maltrato físico, psicológico y sexual y como covariado la edad, el número de hijos y el nivel de estudios ya que, como se ha expuesto anteriormente, ambos grupos presentaban diferencias estadísticamente significativas en tales variables sociodemográficas. Encontramos que, a nivel multivariado, el efecto del grupo era estadísticamente significativo,  $F(3,190) = 34,6$ ,  $p < 0,001$ , y también lo era el efecto del nivel de estudios,  $F(3,190) = 2,89$ ,  $p < 0,05$ , pero no el de la edad,  $F(3,190) = 2,17$ ,  $p > 0,05$ , ni el del número de hijos,  $F(3,190) = 1,03$ ,  $p > 0,05$ . Los análisis univariados de covarianza (ANCOVA) mostraron que los efectos significativos del efecto grupo se daban en maltrato psicológico,  $F(1,192) = 102,03$ ,  $p < 0,001$ ; físico,  $F(1,192) = 24,04$ ,  $p < 0,001$ , y sexual,

$F(1,192) = 13,81, p < 0,001$ . Y, a nivel univariado, el efecto del nivel de estudios no era estadísticamente significativo en maltrato psicológico,  $F(1,192) = 1,38, p > 0,05$ , pero sí lo era en el maltrato físico,  $F(1,192) = 7,92, p < 0,01$ , y solo marginalmente significativo en el maltrato sexual,  $F(1,192) = 3,74, p = 0,054$ .

Todo ello indica que las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica sufren un maltrato físico, psicológico y sexual más intenso que las mujeres de la población general que también son maltratadas por su pareja.

## **12.5. RELEVANCIA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS EN EL MALTRATO A LA MUJER POR SU PAREJA EN EL GRUPO DE LA MUESTRA CLÍNICA Y EN EL GRUPO DE MUJERES MALTRATADAS DE LA POBLACIÓN GENERAL**

Para conocer si las variables sociodemográficas se asociaban con el maltrato que las mujeres sufrían por parte de su pareja se realizaron análisis correlacionales, los cuales se hicieron de forma separada para los dos grupos de mujeres maltratadas.

En primer lugar quisimos conocer si había asociaciones entre el maltrato sufrido y los datos cronológicos relativos a su comienzo y duración, si bien dicho análisis solo se pudo realizar en la muestra clínica porque solo de ella teníamos dichos datos. Como puede observarse en la Tabla 43, no encontramos correlaciones estadísticamente significativas en las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica entre la intensidad del maltrato y las variables cronológicas del maltrato, excepto entre los años de maltrato y la intensidad del maltrato sexual, encontrando una ligera tendencia a una mayor intensidad de éste a más años de duración del maltrato de la pareja.

Respecto a la asociación entre las variables sociodemográficas y la intensidad del maltrato a la mujer por parte de su pareja se muestra en la Tabla 44. Como puede observarse, en las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, la intensidad del maltrato físico se asocia ligeramente con un menor nivel de estudios de la mujer y del agresor, con mayor número de hijos y con más edad del primer hijo. La intensidad del maltrato sexual se asocia con un menor nivel de estudios de la mujer y con mayor edad, número de hijos y con la edad del primer y segundo hijo. Pero dichas asociaciones

parecen ser específicas de este grupo de mujeres, ya que no se dan en el grupo de mujeres maltratadas por su pareja de la población general.

**Tabla 43**

*Coefficientes de correlación entre las variables sociodemográficas relacionadas con el maltrato y su intensidad en las mujeres maltratadas del grupo de la muestra clínica*

<b>Variables sociodemográficas</b>	<b>Maltrato psicológico</b>	<b>Maltrato físico</b>	<b>Maltrato sexual</b>
Edad de la mujer al comenzar la relación con el agresor	-,08	-,01	,06
Edad de la mujer al comenzar a ser maltratada por su pareja	-,13	-,12	,01
Edad del agresor al comenzar el maltrato a su pareja	-,00	-,01	,11
Años de maltrato	,14	,13	,18*

\*  $p < 0,05$ .

**Tabla 44**

*Coefficientes de correlación entre las variables sociodemográficas y la intensidad del maltrato en los dos grupos de mujeres maltratadas (clínica y población general)*

<b>Grupos</b>	<b>Maltrato psicológico</b>	<b>Maltrato físico</b>	<b>Maltrato sexual</b>
<b>Mujeres maltratadas de la muestra clínica</b>			
Edad de la mujer	,02	,10	,22**
Nº de hijos	,16	,20*	,27**
Edad primer hijo	,06	,19*	,31**
Edad 2º hijo	-,01	,12	,26**
Edad tercer hijo	-,20	-,02	,13
Estudios de la mujer <sup>&amp;</sup>	-,17	-,28**	-,23**
Estudios del agresor <sup>&amp;</sup>	-,09	-,20*	-,11
<b>Mujeres maltratadas de la población general</b>			
Edad de la mujer	-,13	-,04	-,01
Nº de hijos	,09	,04	-,03
Edad primer hijo	,01	,21	,14
Edad 2º hijo	-,01	,22	,20
Edad tercer hijo	-,36	-,15	-,13
Estudios de la mujer <sup>&amp;</sup>	,03	-,10	-,18
Estudios del agresor <sup>&amp;</sup>	,04	-,12	-,13

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

<sup>&</sup> Coeficiente calculado mediante la Rho de Spearman

Los coeficientes de correlación entre el apoyo social y la intensidad del maltrato se muestran en la Tabla 45. Como puede observarse se da una ligera tendencia a menor apoyo instrumental en las mujeres que sufren más maltrato psicológico si bien dicha asociación solo es estadísticamente significativa en el grupo de las mujeres

maltratadas por su pareja de la muestra clínica. Y aunque en este grupo el apoyo emocional es independiente del maltrato sufrido, en el grupo de mujeres de la población general maltratadas por su pareja hay una cierta tendencia a menor maltrato, psicológico, físico y sexual en las mujeres con mayor percepción de apoyo emocional.

**Tabla 45**

*Coefficientes de correlación entre el apoyo social y la intensidad del maltrato en los dos grupos de mujeres maltratadas por su pareja (clínica y población general)*

<b>Grupos</b>	<b>Maltrato psicológico</b>	<b>Maltrato físico</b>	<b>Maltrato sexual</b>
<b>Mujeres maltratadas de la muestra clínica</b>			
Apoyo emocional	-,06	-,02	-,03
Apoyo instrumental	-,18*	-,13	-,03
<b>Mujeres maltratadas de la población general</b>			
Apoyo emocional	-,36**	-,28**	-,26*
Apoyo instrumental	-,21	-,17	-,16

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

## **12.6. RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE SUSTANCIAS DE LAS MUJERES Y LAS PAREJAS, Y MALTRATO A LA MUJER POR SU PAREJA EN EL GRUPO DE LA MUESTRA CLÍNICA Y EL GRUPO DE MUJERES MALTRATADAS DE LA POBLACIÓN GENERAL**

En la Tabla 46 se muestran los datos de las mujeres del grupo de la muestra clínica y los dos grupos de la población general que toman bebidas alcohólicas y las que no las toman. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes [ $\chi^2(2,328) = 4,73, p > 0,05$ ]. Además, se observa que la mayoría de las mujeres de los tres grupos eran abstemias.

Al analizar el patrón y cantidad de consumo se encontró que solo dijeron tomar bebidas alcohólicas a diario las mujeres del grupo que eran maltratadas por su pareja de la muestra clínica, tomando 3 bebidas diarias dos de las mujeres e informando una de ellas de que se embriagaba a diario. El 7% de las mujeres maltratadas del grupo de la población general dijo consumir los fines de semana una bebida, mientras que en el resto de los grupos solo una de las mujeres de cada grupo decía tomar una copa los fines

de semana. Y otra de las mujeres de la población general que no era maltratada por su pareja informó de tomar dos copas durante el fin de semana. El patrón más común de consumo de bebidas alcohólicas era el ocasional, consumiendo de forma esporádica una copa el 6,1% de las mujeres no maltratadas por su pareja, el 7% de las mujeres maltratadas por su pareja de la población general y el 0,7% de las mujeres maltratadas de la muestra clínica. Consumían de forma ocasional 3 o más bebidas el 4,2% de las mujeres de este último grupo y dos bebidas el 6,9%. Además, cinco de las mujeres de este grupo dijeron que tomaban bebidas alcohólicas anteriormente pero que ya no lo hacen.

**Tabla 46**

*Consumo de bebidas alcohólicas de las mujeres del grupo de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Consumo de alcohol		PG no maltratada	PG maltratada	Clínica maltratada	Total
Abstemia	N	90	74	118	282
	%	91,8%	86,0%	81,9%	86,0%
Consume bebidas alcohólicas	N	8	12	26	46
	%	8,2%	14,0%	18,1%	14,0%
Total	N	98	86	144	328
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la Tabla 47 se muestran los datos de las mujeres de los tres grupos que consumen o han consumido drogas y las que no lo hacen. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes [ $\chi^2(2,328) = 5,17, p > 0,05$ ] aunque el elevado número de casillas con frecuencia esperada inferior a 5 hace que los resultados del contraste sean poco fiables. En todo caso destaca que solo son las mujeres maltratadas por su pareja del grupo de la muestra clínica las que informan de consumir o haber consumido sustancias, aunque solo se da en cuatro de ellas. Respecto a las sustancias consumidas, tres de las mujeres consumieron crack en el pasado pero ya no consumen y una fuma porros habitualmente.

Al interpretar los datos de consumo de alcohol y drogas es importante tener en cuenta que la información de dicho consumo, al igual que el resto de los datos, se obtuvo de forma distinta en el grupo de mujeres maltratadas por su pareja que se reconoce como tal donde se hizo a través de entrevista estructurada mientras que en la población general se hizo de forma autocumplimentada. Y, dado que en el formulario se



preguntaba por el consumo actual podría suceder que alguna de las mujeres de la población general hubiese consumido en el pasado pero no informase de ello.

**Tabla 47**

*Consumo de drogas por parte de las mujeres en la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general.*

Consumo de droga		PG no maltratada	PG maltratada	Clínica maltratada	Total
No consume ni ha consumido droga	N	98	86	140	324
	%	100,0%	100,0%	97,2%	98,8%
Consume o consumió droga	N	0	0	4	4
	%	,0%	,0%	2,8%	1,2%
Total	N	98	86	144	328
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En la Tabla 48 presentamos los datos relativos a la conducta de fumar tabaco en los tres grupos. Como puede observarse la mayoría de las mujeres no fuma aunque es más común que lo hagan las mujeres maltratadas por su pareja del grupo de la muestra clínica fumando menos de una cajetilla diaria el 7%, Y una de las mujeres de este grupo informó de fumar dos cajetillas diarias. La prueba de  $\chi^2$  para comprobar si existían diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de cada grupo de mujeres que fumaban y no fumaban mostró que las diferencias no eran estadísticamente significativas [ $\chi^2(2,327) = 2,28, p > 0,05$ ]

**Tabla 48**

*Conducta de fumar en las mujeres de la muestra clínica y las mujeres de los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Conducta de Fumar		PG no maltratada	PG maltratada	Clínica maltratada	Total
NO	N	94	82	133	309
	%	95,9%	96,5%	92,4%	94,5%
1-19	N	3	3	10	16
	%	3,1%	3,5%	6,9%	4,9%
1 caja	N	1	0	0	1
	%	1,0%	,0%	,0%	,3%
2 cajas	N	0	0	1	1
	%	,0%	,0%	,7%	,3%
Total	N	98	85	144	327
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos de mujeres en el porcentaje en que sus parejas consumen o no bebidas alcohólicas [ $\chi^2(2,267) = 26,59, p < 0,001$ ]. Como se observa en la Tabla 49, mientras que son abstemios más del 60% de los hombres que no maltratan a su pareja, sucede lo opuesto con las parejas del grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica, mientras que los hombres de la población general que maltratan a su pareja ocupan un lugar intermedio en lo que a consumo de alcohol se refiere.

**Tabla 49**

*Consumo de bebidas alcohólicas por parte de la pareja de las mujeres de la muestra clínica y las mujeres de los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

<b>Consumo de alcohol</b>		<b>PG no maltratada</b>	<b>PG maltratada</b>	<b>Clínica maltratada</b>	<b>Total</b>
Abstemio	N	44	32	43	119
	%	63,8%	58,2%	30,1%	44,6%
Consume bebidas alcohólicas	N	25	23	100	148
	%	36,2%	41,8%	69,9%	55,4%
Total	N	69	55	143	267
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Al analizar si había diferencias en la intensidad del maltrato de las parejas que consumen bebidas alcohólicas y los abstemios en el grupo de las mujeres maltratadas de la muestra clínica, se encontraron diferencias significativas en la intensidad de los tres tipos de maltrato. Como se observa en la Tabla 50, los hombres que consumen bebidas alcohólicas maltratan a su mujer física, psicológica y sexualmente con mayor intensidad que los abstemios. Pero tales diferencias no se encontraron en el grupo de mujeres maltratadas de la población general cuando se compararon las medias entre los agresores que consumían y los que no consumían bebidas alcohólicas, como puede observarse en la Tabla 51.

Para conocer la relevancia del consumo de droga en la intensidad del maltrato a la pareja realizamos análisis diferenciales entre los agresores que nunca han consumido y los que en la actualidad consumen. Este análisis solo pudo hacerse en el grupo de mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica ya que fueron las únicas que dijeron que su pareja consumía droga. Como puede observarse en la Tabla 52, los hombres que consumen droga maltratan a su pareja, tanto física como psicológicamente,

con mayor intensidad que los que no consumen aunque no hay diferencias en la intensidad del maltrato sexual.

**Tabla 50**

*Medias, desviaciones típicas y comparaciones en la intensidad del maltrato entre las mujeres cuyas parejas no toman bebidas alcohólicas y los que sí lo hacen en las mujeres maltratadas de la muestra clínica*

Tipo de maltrato		N	Media	Desviación típica	t
Maltrato psicológico	Abstemio	41	69,02	30,56	
	Consume bebidas alcohólicas	97	83,89	31,88	-2,53*
Maltrato físico	Abstemio	42	9,40	11,66	
	Consume bebidas alcohólicas	99	17,51	13,98	-3,55**
Maltrato sexual	Abstemio	41	2,34	3,57	
	Consume bebidas alcohólicas	99	5,85	5,05	-4,65***

p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001.

**Tabla 51**

*Medias, desviaciones típicas y comparaciones en la intensidad del maltrato entre las mujeres cuyas parejas no toman bebidas alcohólicas y los que sí lo hacen en las mujeres maltratadas por su pareja de la población general*

Tipo de maltrato		N	Media	Desviación típica	t
Maltrato psicológico	Abstemio	32	27,25	21,09	
	Consume bebidas alcohólicas	23	21,39	25,76	0,93
Maltrato físico	Abstemio	32	2,78	5,04	
	Consume bebidas alcohólicas	23	2,83	10,12	-0,22
Maltrato sexual	Abstemio	32	1,62	3,51	
	Consume bebidas alcohólicas	23	,67	2,28	1,11

**Tabla 52**

*Medias, desviaciones típicas y comparaciones en la intensidad del maltrato entre las mujeres cuyas parejas no consumen drogas y los que sí lo hacen en las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica*

Tipo de maltrato		N	Media	Desviación típica	t
Maltrato psicológico	No consume droga	113	74,80	30,34	
	Consume droga	19	93,89	33,82	-2,50*
Maltrato físico	No consume droga	115	12,76	12,84	
	Consume droga	19	27,26	12,99	-4,56***
Maltrato sexual	No consume droga	114	4,45	4,83	
	Consume droga	19	5,79	4,74	-1,12

\* < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

Finalmente, realizamos análisis correlacionales para conocer la medida en que se asociaban la cantidad de cigarrillos fumados y el consumo de alcohol, tanto de la mujer como del agresor, con la intensidad del maltrato a la pareja en los dos grupos de mujeres maltratadas. Como se observa en la Tabla 53, en el grupo de mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, tanto la cantidad de cigarrillos fumados como el consumo de bebidas alcohólicas por parte del agresor se asocia con la intensidad del maltrato a la pareja, tendiendo a ser más intenso en los agresores que más beben y/o fuman. Pero en la muestra de la población general el consumo de tales sustancias es independiente de la intensidad del maltrato a la mujer, aunque en las mujeres maltratadas por su pareja de dicha población la intensidad del maltrato físico y psicológico se asocia, aunque en escasa medida, con el consumo de bebidas alcohólicas por parte de la mujer.

**Tabla 53**

*Coefficientes de correlación entre el consumo de sustancias y la intensidad del maltrato a la mujer en el grupo de la muestra clínica y el grupo de mujeres maltratadas de la población general*

Consumo de sustancias	Maltrato psicológico	Maltrato físico	Maltrato sexual
<b>Mujeres maltratadas de la muestra clínica</b>			
Consumo de bebidas alcohólicas del agresor	,23**	,27**	,31***
Consumo de bebidas alcohólicas de la mujer	,08	,11	,07
Nº cigarrillos/día agresor	,29**	,35***	,23**
Nº cigarrillos/día mujer	,01	,03	,01
<b>Mujeres maltratadas de la población general</b>			
Consumo de bebidas alcohólicas del agresor	,05	,10	-,06
Consumo de bebidas alcohólicas de la mujer	,28**	,26*	,21
Nº cigarrillos/día agresor	-,04	-,05	-,15
Nº cigarrillos/día mujer	,04	-,06	-,07

\* < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001

## **12.7. RESULTADOS OBTENIDOS CON RESPECTO AL ESTADO DE SALUD**

A continuación vamos a presentar los datos relativos a la salud, física y mental, de las mujeres, analizando la relevancia que el maltrato de la pareja y las variables sociodemográficas tienen en dicha salud.

### **12.7.1. Salud y apoyo social de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica**

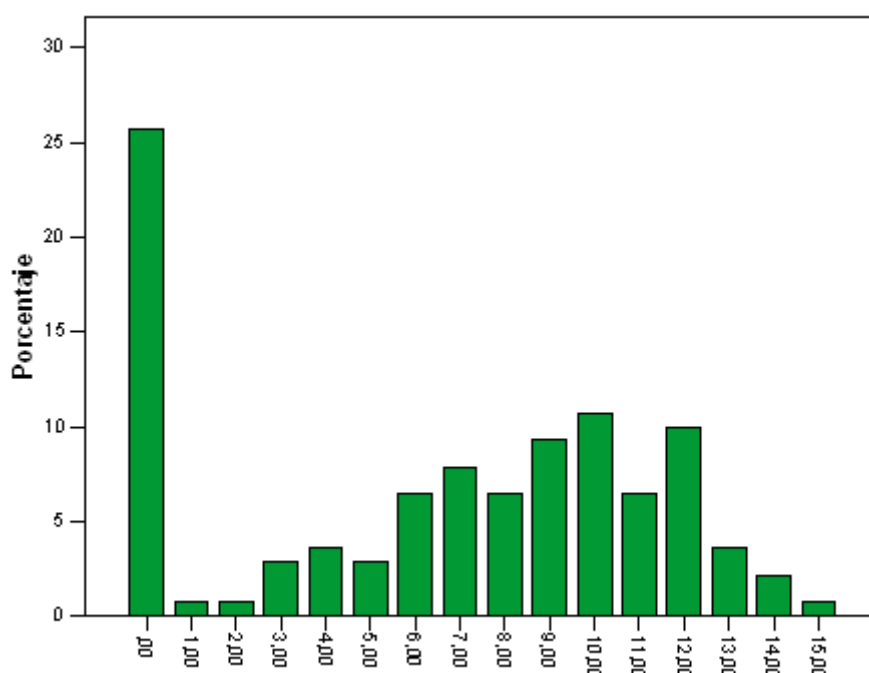
El 34% de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica dijo que no tenía ninguna enfermedad ni problema de salud; otro 34% dijo que tenía uno; el 23,6% dijo que tenía dos y el 8,3% dijo que tenía tres. Lo más común es que dijeran que tenían depresión (el 21,5%) o problemas de tipo digestivo (el 16,7%). El 7% tenía afecciones de tipo osteomuscular, el 6,3 ansiedad, otro 6,3% hipertensión arterial, diabetes el 5,6%, problemas ginecológicos otro 5,6%, trastornos cardiocirculatorios el 4,2%, de tipo respiratorio el 2,1%, infecciones el 1,4%, y anemia otro 1,4%. Una mujer dijo tener problemas de tipo neurológico y otra dijo que tenía cáncer.

Algo más de la mitad (el 55,6%) no tomaba ningún medicamento. La tercera parte tomaba uno, el 8,3% tomaba dos y el 2,8% tomaba tres. Lo más habitual es que tomaran los medicamentos específicos de su afección médica, tales como antihipertensivos o insulina, lo que sucedía en el 24,4%, o calmantes (el 12,5%). Menos común es que tomaran complejos vitamínicos (el 3,5%), antidepresivos (el 2,8%) ansiolíticos (otro 2,8%), o antiinflamatorios (el 2,1%).

El 55,3% cumplía con los criterios para ser diagnosticada con trastorno por estrés postraumático según los puntos de corte propuestos por sus autores en la Escala de gravedad de síntomas de trastorno de estrés postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta et al., 1997) y teniendo en cuenta, como señala el DSM-IV, que el cuadro sintomático debe durar más de un mes. Lo más común era que el suceso traumático fuese el maltrato físico, lo que sucedía en la tercera parte de los casos; el 16,7% dijo que el maltrato sexual y el 14% dijo que el maltrato psicológico. El 3,8% dijo que el maltrato físico y psicológico, una mujer informó que los tres y otra que maltrato psicológico y sexual. El 3,8% de las mujeres dijo que el suceso traumático fue

una infidelidad de su pareja, el 5,1% dijo que el maltrato a un hijo, el 2,6% el maltrato a su familia y una mujer dijo que el suceso traumático fue que le quitaron a sus hijos.

En el grupo de mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, las puntuaciones en **reexperimentación** oscilaron entre 0, lo que se daba en el 25,7, y 15, que es la puntuación máxima en la escala. La media era de 6,5, la desviación típica de 4,6 y la mediana de 7. Como puede observarse en la Figura 20, aunque se da bastante variabilidad, lo más común en las mujeres que experimentan este tipo de sintomatología es que tengan puntuaciones medias o altas.



*Figura 20.* Sintomatología de re-experimentación de TEPT en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

Las puntuaciones en **evitación** oscilaron entre 0, lo que se daba en el 26,2, y 18, no presentando ninguna mujer la puntuación máxima de 21 que permite la escala. La media era de 8,3, la desviación típica de 6,0 y la mediana de 10. Como puede observarse en la Figura 21, también es diversa la puntuación en las mujeres que experimentan sintomatología de evitación, aunque lo más común es que tengan puntuaciones medias.

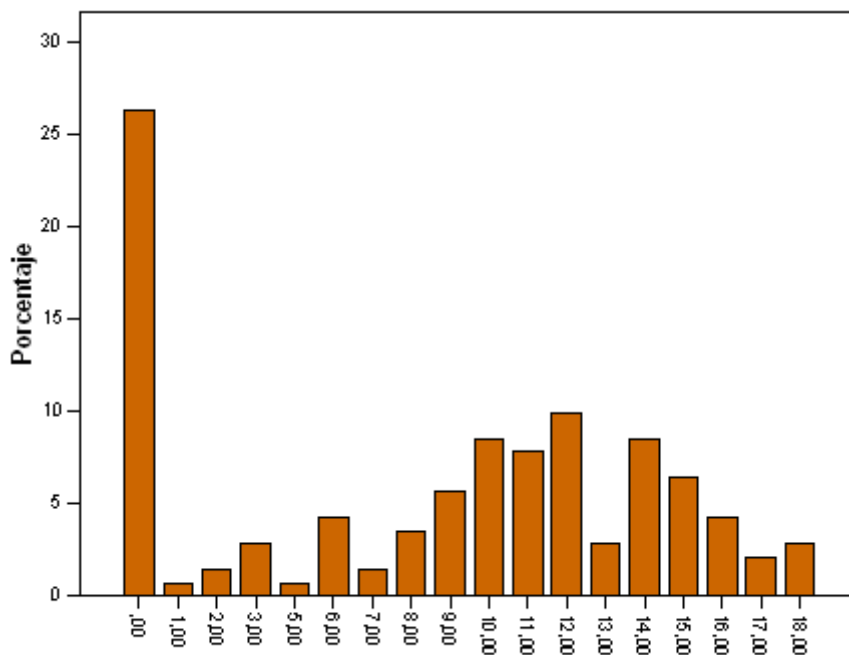
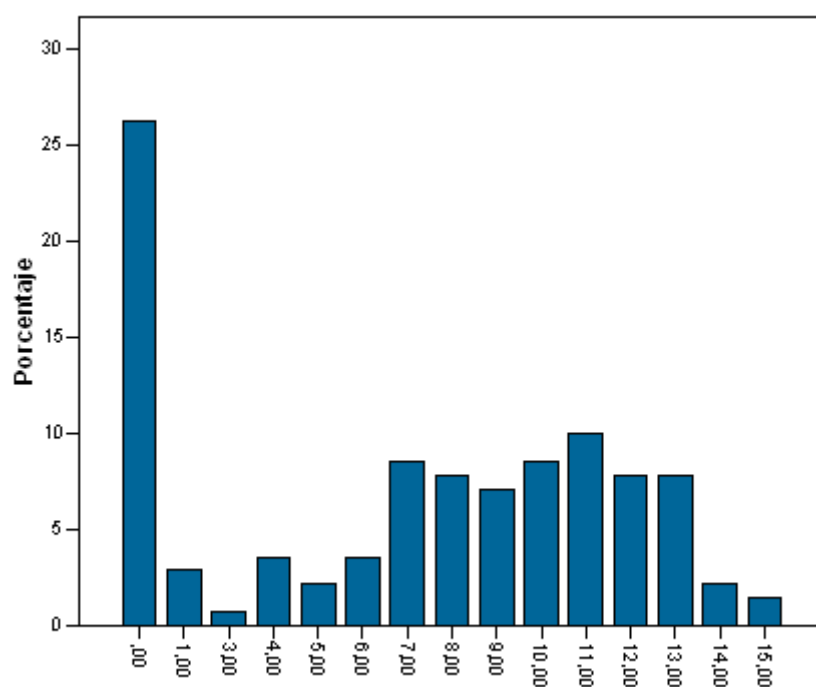


Figura 21. Sintomatología de evitación de TEPT en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

Las puntuaciones en **aumento de la activación** oscilaron entre 0, lo que se daba en el 26,2%, y 15, que es la puntuación máxima en la escala. La media era de 6,8, la desviación típica de 4,9 y la mediana de 8. Como puede observarse en la Figura 22, aunque hay mucha variabilidad en el grado en que las mujeres experimentan sintomatología de aumento de la activación, lo más común son las puntuaciones medias o altas en las mujeres que tienen este tipo de síntomas.



*Figura 22.* Sintomatología de aumento de activación de TEPT en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

Las puntuaciones en las escalas del GHQ-28 se muestran en las Figuras 23, 24, 25 y 26. La puntuación en **síntomas somáticos** osciló entre 0, lo que solo se dio en el 1,4%, y 21, que es el rango máximo permitido por la escala. La media fue de 11,9, la desviación típica de 5,7 y la mediana de 12. Como se observa en la Figura 23, aunque se da mucha variabilidad, la mayoría de las mujeres tienen puntuaciones medias o altas.



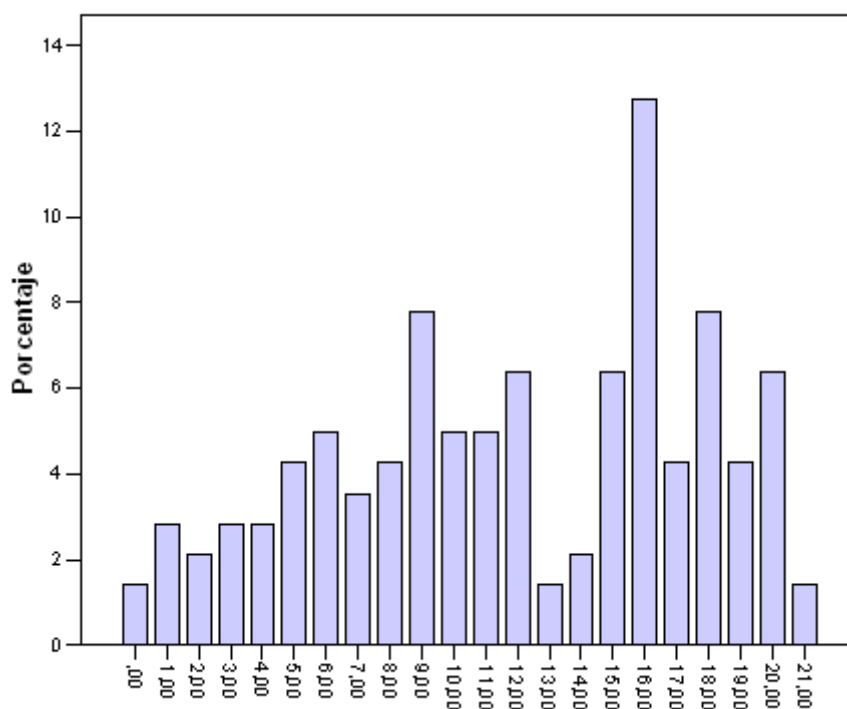
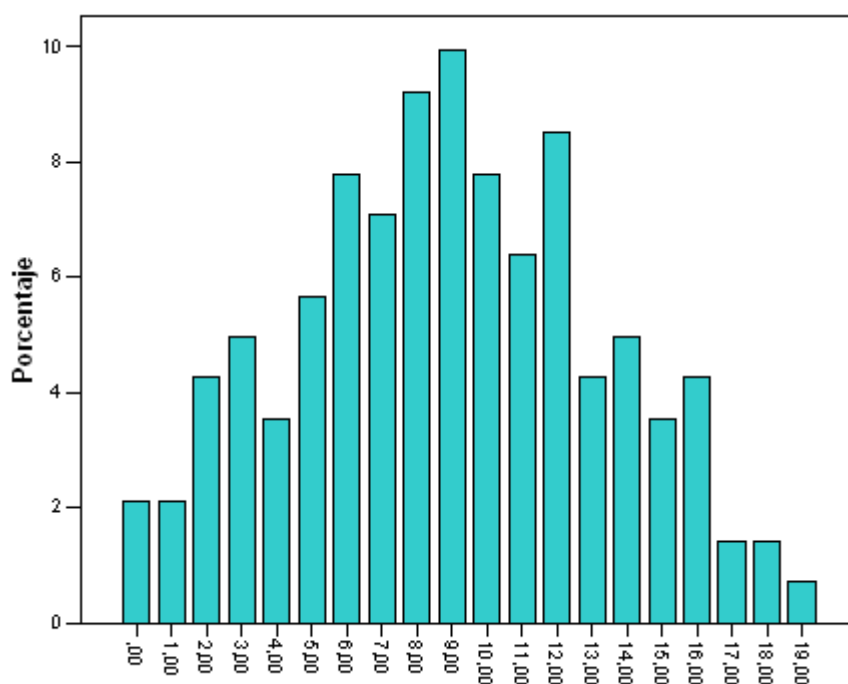


Figura 23. Sintomatología somática en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

Las puntuaciones en **ansiedad e insomnio** oscilaron entre 0, que se dio en el 2,1%, y 19, no alcanzando ninguna mujer la puntuación máxima de 21 permitida por la escala. La puntuación media fue de 8,9, la desviación típica de 4,4, y la mediana de 9. Como se observa en la Figura 24, la mayoría de las mujeres tienen sintomatología media, aunque algunas la tienen alta. Y son minoría las que no tienen ansiedad o es baja.



*Figura 24.* Sintomatología de ansiedad e insomnio en las mujeres de la muestra clínica

El rango de puntuaciones en la escala del GHQ-28 de **depresión grave** osciló entre 0, lo que se dio en el 10,6% de los casos, y 21, que es la puntuación máxima permitida por la escala. La media fue de 8,3, la desviación típica de 6,2 y la mediana de 7. Como se observa en la Figura 25, aunque se da mucha variabilidad y algunas mujeres puntúan alto o muy alto, lo más frecuente son las puntuaciones bajas y medias.

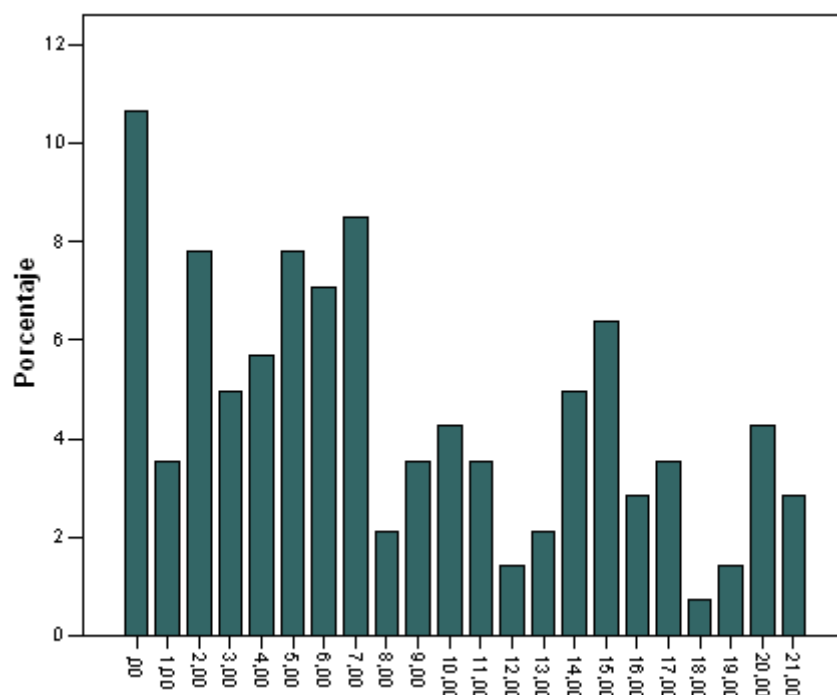
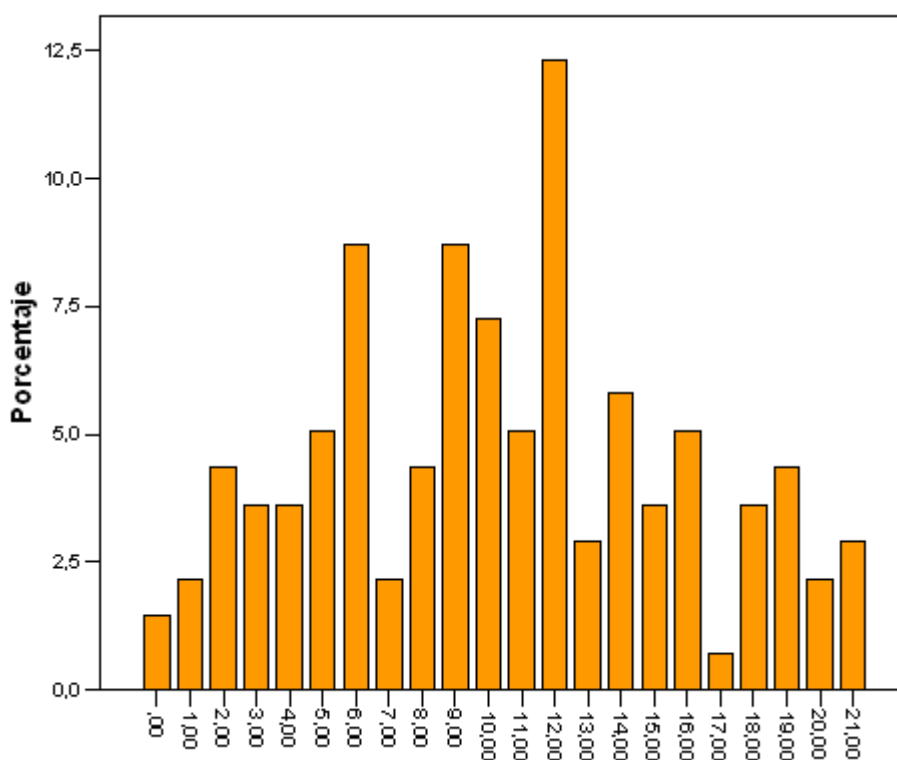


Figura 25. Sintomatología de depresión grave en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

La puntuación en **disfunción social** osciló entre 0, lo que solo se dio en el 1,4% de las mujeres y 21, que es el rango máximo permitido por la escala. La media fue de 10,4, la desviación típica de 5,3 y la mediana de 10. Como se observa en la Figura 26, lo más común son las puntuaciones medias, aunque algunas mujeres presentan alta disfunción social y en otras es baja.



*Figura 26.* Puntuaciones de disfunción social en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

Las puntuaciones en el cuestionario de **estrés crónico** de alta intensidad oscilaron entre 0, lo que se dio únicamente en el 0,7% de las mujeres, y 23. La media fue de 10,2, la desviación típica de 3,9, y la mediana de 10. Como se observa en la Figura 27, se da mucha variabilidad, aunque lo más común son las puntuaciones medias y altas.

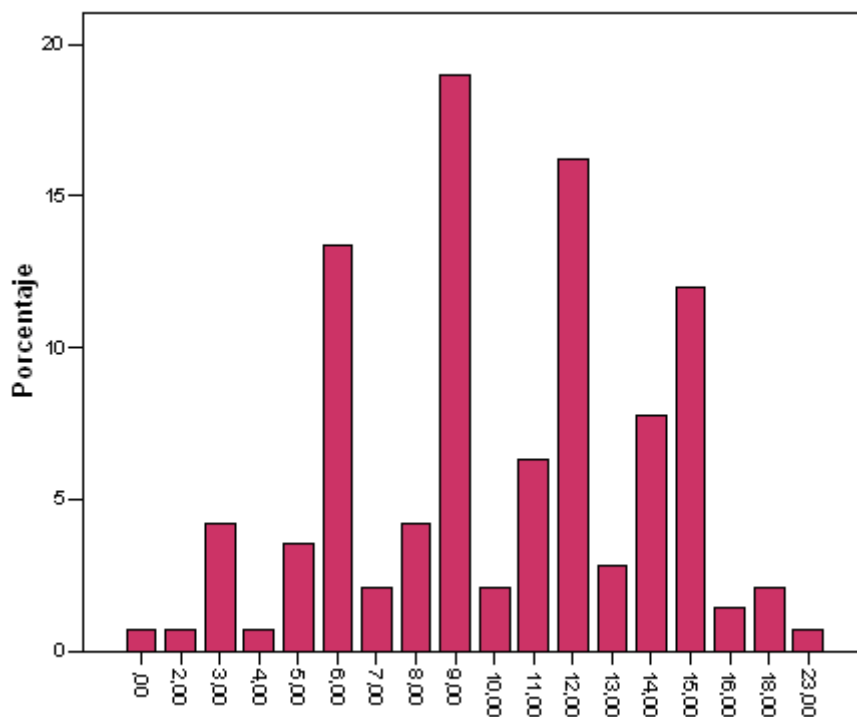
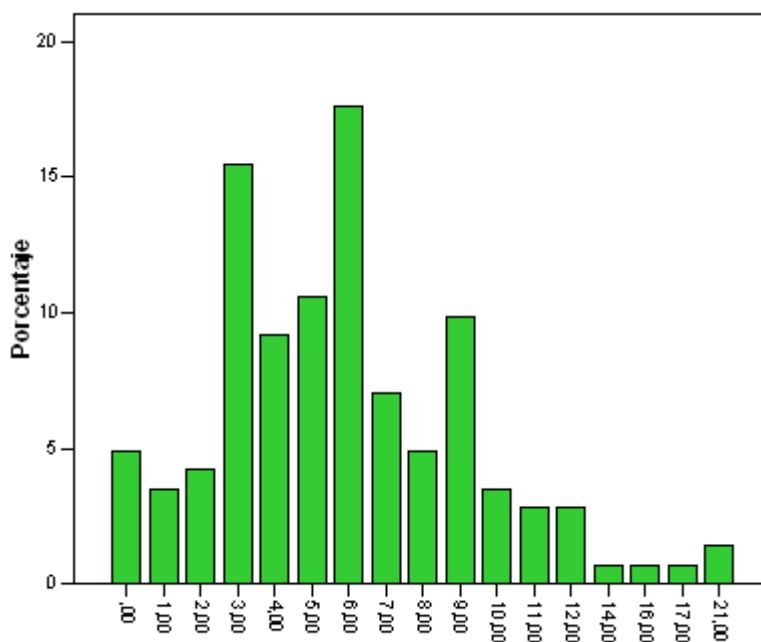


Figura 27. Puntuaciones de estrés crónico en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

El rango de puntuaciones en el cuestionario de estrés crónico de baja intensidad, o **contrariedades diarias** fue de 0, lo que se dio en el 4,9%, y 21. La media fue de 5,9, la desviación típica de 3,7, y la mediana de 6. Como se observa en la Figura 28, lo más común es que las mujeres tuviesen puntuaciones medias o bajas en este tipo de estrés aunque algunas informaron de mucho estrés de este tipo.



*Figura 28.* Puntuaciones de contrariedades diarias en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

Respecto a las puntuaciones en los dos factores del cuestionario de autoestima, encontramos que la puntuación en el factor de **confianza en sí misma** oscilaba entre 2 y 33, que es la puntuación máxima en el factor. La media es de 20,1, la desviación típica de 8,8 y la mediana de 21. Como se observa en la Figura 29, aunque se da mucha variabilidad, y algunas mujeres tienen poca confianza en sí misma, otros la tienen media y algunas la tienen alta o muy alta.

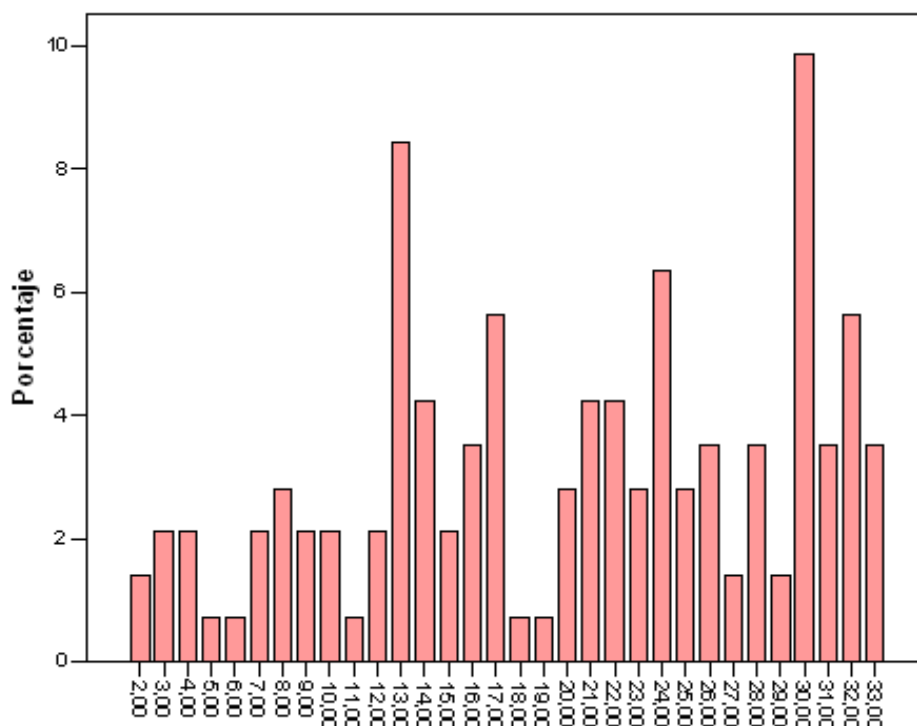
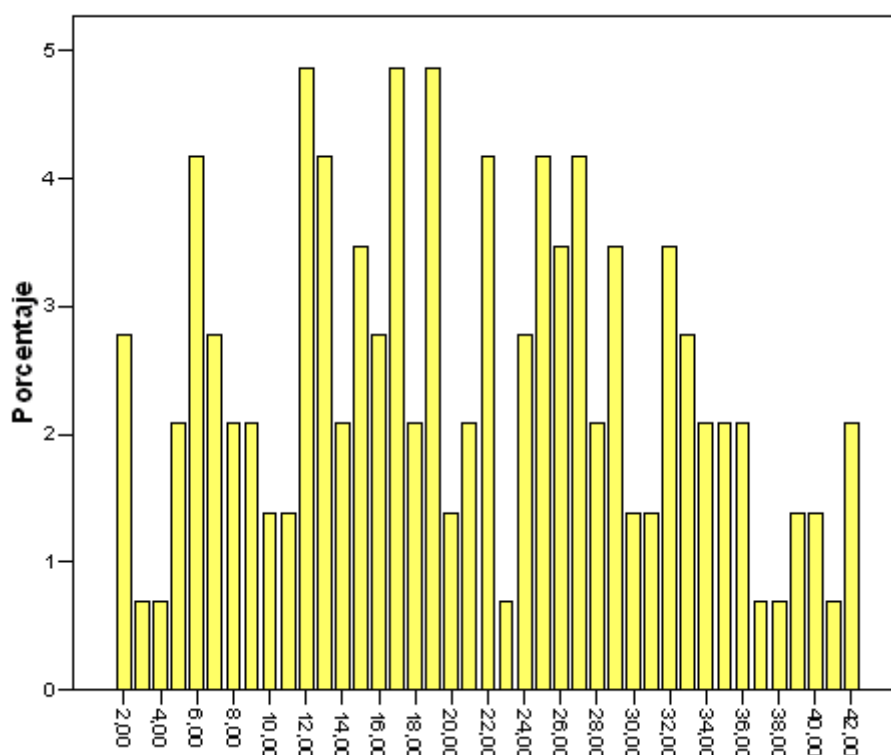


Figura 29: Puntuaciones en confianza en sí mismas en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

El rango de puntuaciones en el factor de **baja autoestima e inseguridad** fue de 2 a 42, que es la puntuación máxima en el factor. La media es de 20,7, la desviación típica de 10,5 y la mediana de 20. Como puede observarse en la Figura 30, existe mucha variabilidad en la medida en que las mujeres presentan baja autoestima e inseguridad.



*Figura 30.* Puntuaciones en baja autoestima e inseguridad en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

En cuanto a las puntuaciones en apoyo social percibido de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, las puntuaciones en el factor de **apoyo emocional** oscilaron entre 0, que solo se dio en el 0,7%, y 21, puntuando a lo largo de todo el rango permitido por el factor. La media es de 10,7, la desviación típica de 5,7 y la mediana de 10. Como se ve en la Figura 31, aunque algunas mujeres tienen un apoyo social emocional muy alto y otras lo tienen muy bajo, lo más común es que sea medio y medio-bajo.



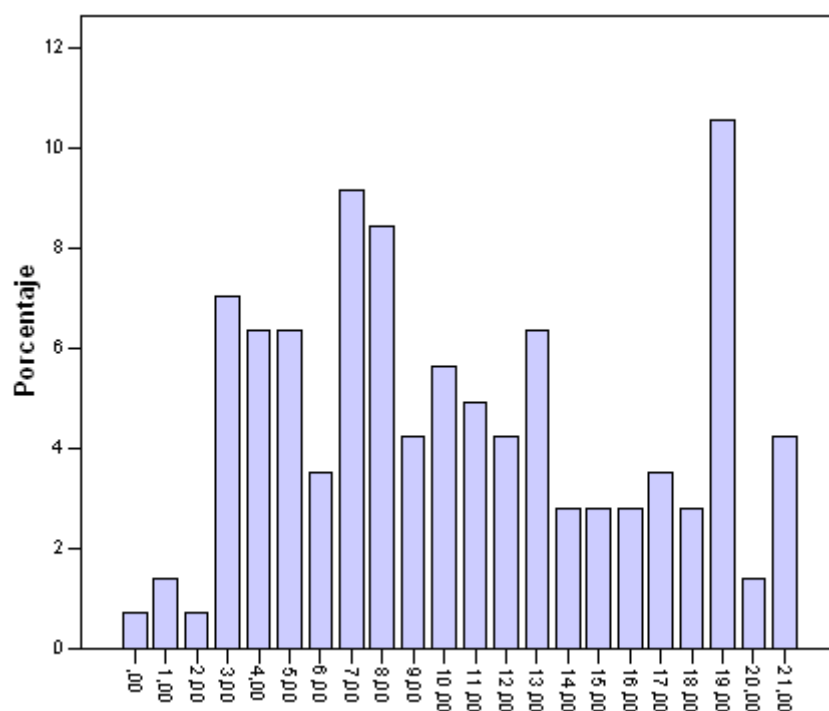


Figura 31. Puntuaciones en apoyo emocional en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

Las puntuaciones en **apoyo instrumental** oscilaron entre 0, lo que se dio en el 11,2%, y 15, que es la puntuación máxima en este factor. La media fue de 6,1, la desviación típica de 4,4 y la mediana de 6. Como puede observarse en la Figura 32, aunque se da mucha variabilidad en la percepción de las mujeres de disponer de apoyo instrumental, algunas carecen de tal apoyo o es muy bajo.

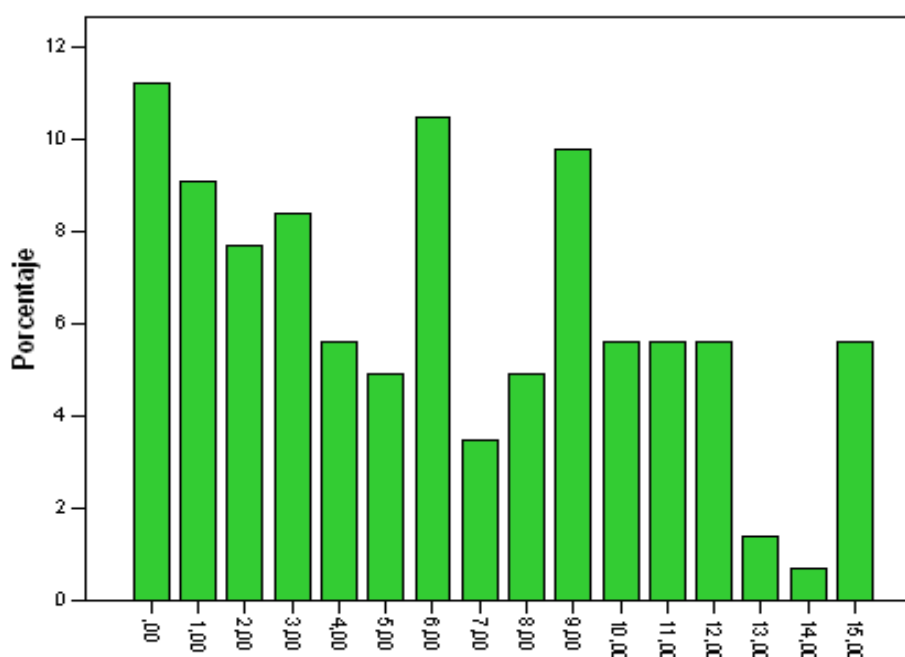
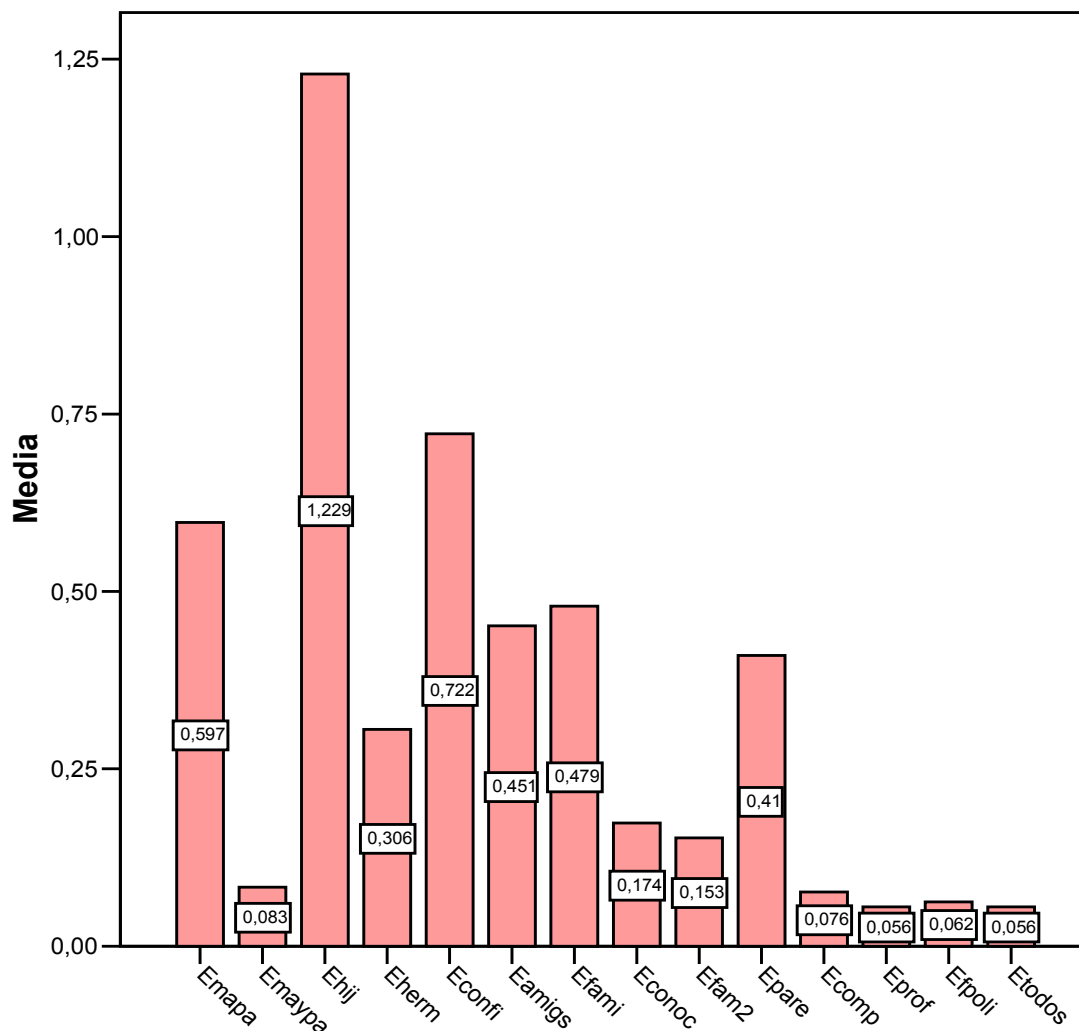


Figura 32. Puntuaciones en apoyo instrumental en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

Respecto a las fuentes de apoyo, dado que había mucha diversidad en las respuestas, se agruparon en catorce categorías: 1) la madre o el padre, 2) ambos progenitores, 3) los hijos, 4) los hermanos, 5) Un amigo o amiga concreto, 6) los amigos en general, 7) la familia en general, 8) conocidos, 9) algún familiar de segundo grado tales como primas, tía..., 10) la pareja, 11) los compañeros de trabajo o el jefe, 12) profesionales, 13) familia política, tales como suegro, cuñados..., y en una última categoría se agruparon las respuestas de “todo el mundo” y “Dios”. Posteriormente se calcularon las personas de cada categoría que eran fuente de apoyo emocional y las que lo eran de apoyo instrumental, datos que se muestran en las Figuras 33 y 34.

Como puede observarse en la Figura 33, la mayor fuente de apoyo emocional de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica son los hijos, seguidos de uno persona concreta que actúa como confidente, y de la madre o el padre propios. La familia en general es la siguiente fuente de apoyo más citada, seguida muy de cerca por los amigos, la pareja y, en menor medida, los hermanos. Menos comunes como fuente de apoyo emocional fueron los conocidos, la familia de segundo grado, ambos

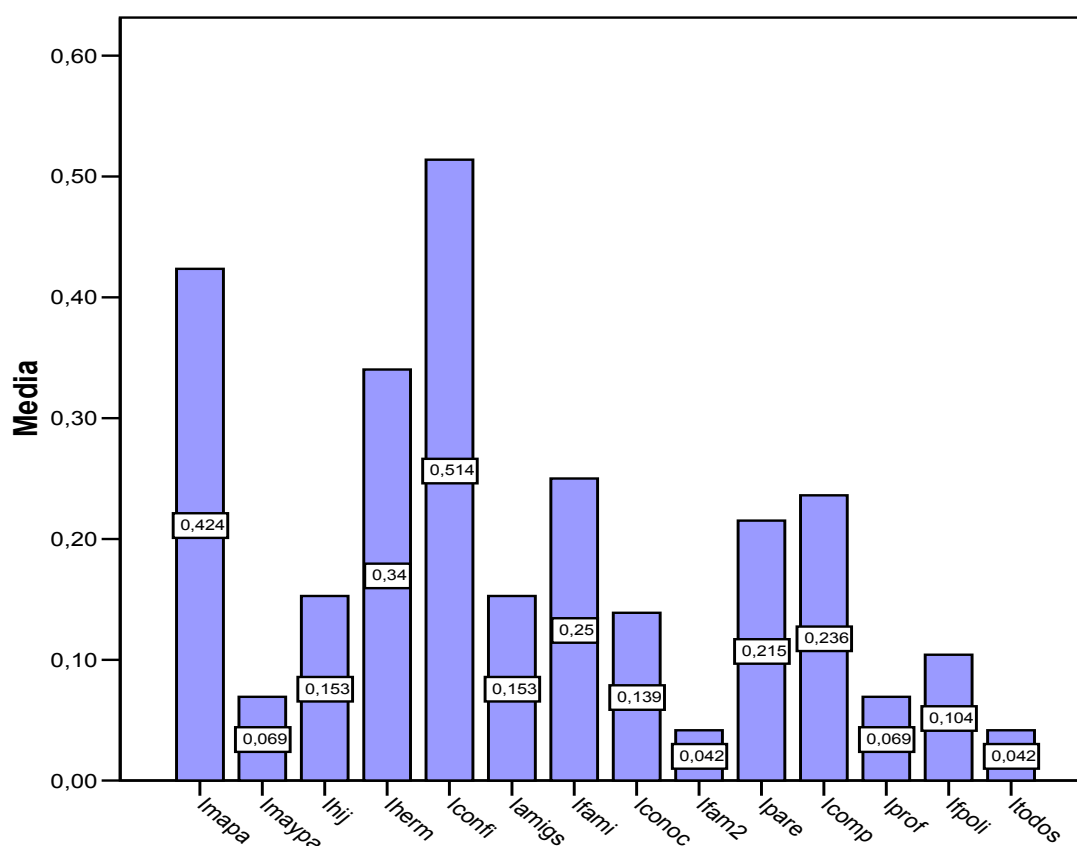
progenitores, los compañeros, la familia política, los profesiones y “todo el mundo” o “Dios”.



**Notas:** Emapa = apoyo emocional de un progenitor. Emapya = apoyo emocional de ambos progenitores. Ehij = apoyo emocional de los hijos. Eherm = apoyo emocional de los hermanos. Econfi = apoyo emocional de un amigo. Eamigs = apoyo emocional de amigos. Efami = apoyo emocional de la familia. Econoc = apoyo emocional de conocidos. Efam2 = apoyo emocional de algún familiar de segundo grado. Epare = apoyo emocional de la pareja. Ecomp = apoyo emocional de compañeros. Eprof = apoyo emocional de profesionales. Epoli = apoyo emocional de la familia política. Etodos = apoyo emocional de “toda la gente”.

Figura 33. Puntuaciones medias de apoyo emocional percibido de cada fuente en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

Respecto a las fuentes de apoyo instrumental, como se observa en la Figura 34, la más frecuente fue una persona determinada que era su confidente, seguido de uno de los progenitores y de los hermanos. Le seguían en relevancia la familia en general, los compañeros y la pareja. Era menos común que citasen a los hijos, amigos, conocidos y a la familia política. Y las fuentes de apoyo instrumental menos citadas fueron ambos progenitores, los profesionales, la familia de segundo grado y “todo el mundo” o “Dios”.



**Notas:** Imapa= apoyo instrumental de un progenitor. Imaypa= apoyo instrumental de ambos progenitores. Ihij = apoyo instrumental de hijos. Iherm = apoyo instrumental de los hermanos. Iconfi = apoyo instrumental de un amigo. Iamigs = apoyo instrumental de amigos. Ifami = apoyo instrumental de la familia. Iconoc = apoyo instrumental de conocidos. Ifam2 = apoyo instrumental de algún familiar de segundo grado. Ipare = apoyo instrumental de la pareja. Icomp = apoyo instrumental de compañeros. Iprof = apoyo instrumental de profesionales. Ipoli = apoyo instrumental de la familia política. Itodos = apoyo instrumental de “toda la gente”.

Figura 34. Puntuaciones medias de apoyo instrumental percibido en las mujeres maltratadas de la muestra clínica

### 2.7.2. Diferencias en salud y apoyo social entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos de la población general

En la Tabla 54 presentamos el número de enfermedades autoinformado por cada grupo de mujeres. Como puede observarse, mientras que la mayoría de las mujeres de la población general dice no tener ninguna enfermedad, solo sucedía esto en la tercera parte de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica. Y mientras que las mujeres de la población que tenían problemas de salud citaban solo una enfermedad, las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica citaban también dos y algunas llegaron a citar hasta tres. Las diferencias en los porcentajes eran estadísticamente significativas [ $\chi^2(6, N = 324) = 109,01, p < 0,001$ ].

**Tabla 54**

*Número de enfermedades autoinformado de las mujeres del grupo de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Enfermedades		PG maltratada	no PG maltratada	Clínica maltratada	Total
Ninguna	N	86	71	49	206
	%	90,5%	83,5%	34,0%	63,6%
1	N	8	14	49	71
	%	8,4%	16,5%	34,0%	21,9%
2	N	1	0	34	35
	%	1,1%	,0%	23,6%	10,8%
3	N	0	0	12	12
	%	,0%	,0%	8,3%	3,7%
Total	N	95	85	144	324
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

En las mujeres de la población general no maltratadas por su pareja el problema de salud citado con mayor frecuencia fue la diabetes, lo que citaba el 4,1%, trastornos de tipo digestivo (el 3%), e hipertensión arterial (el 1%). En las mujeres de la población general que sí eran maltratadas por su pareja, los problemas de salud más comunes fueron hipertensión arterial (el 5,7%) y jaquecas (el 4,6%), siendo menos frecuente que citasen problemas de tipo cardiovascular, respiratorios y diabetes, afecciones que se daban cada una en el 1,1%. Ninguna citó depresión ni ansiedad, las cuales fueron informadas, como ya se expuso, por el 21,5% y el 6,3% respectivamente de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica. Y mientras que el 16,7%

de dichas mujeres informaba de problemas digestivos y el 7% de tipo osteomuscular solo el 2% de mujeres de la población general dijo tener problemas digestivos y ninguna informó de problemas osteomusculares.

Al analizar el consumo de medicamentos, se encontró que mientras la mayoría de las mujeres de la población general no consumía ninguno, ello sucedía únicamente en poco más de la mitad de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica. Y, mientras que lo más común en las mujeres de la población general que consumían medicamentos era que consumiesen solo uno, algunas de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica consumían dos o tres medicamentos (véase Tabla 55). Aunque dichas diferencias eran estadísticamente significativas [ $\chi^2(6, N = 328) = 44,97, p < 0,001$ ] dicho resultado es poco fiable debido al gran número de casillas (el 41,7%) cuya frecuencia esperada era inferior a 5.

En ambos grupos los medicamentos citados eran los específicos de su dolencia, tales como, por ejemplo, insulina en las diabéticas. Una de las mujeres de cada grupo dijo tomar también calmantes y otra del grupo de la población general del grupo de maltratadas tomaba también vitaminas. Ninguna de las mujeres de la población general tomaba ansiolíticos ni antidepresivos lo que, como ya se citó, sí sucedía en el 2,3% de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica. Además, el 12,5% de dichas mujeres informó de tomar calmantes.

**Tabla 55**

*Número de medicamentos consumidos por el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Medicamentos		PG no maltratada	PG maltratada	Clínica maltratada	Total
Ninguno	N	87	73	80	240
	%	88,8%	84,9%	55,6%	73,2%
1	N	11	12	48	71
	%	11,2%	14,0%	33,3%	21,6%
2	N	0	1	12	13
	%	,0%	1,2%	8,3%	4,0%
3	N	0	0	4	4
	%	,0%	,0%	2,8%	1,2%
Total	N	98	86	144	328
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Para ver si había diferencias entre las mujeres de los tres grupos en los distintos indicadores de salud, se hicieron análisis multivariado de varianza (MANCOVA). En todos ellos se consideró como variable independiente el tipo de grupo a que pertenecían (mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, mujeres de la población general maltratadas por su pareja, y mujeres de la población general no maltratadas por su pareja), y como covariados las variables sociodemográficas en que se diferenciaban tales grupos: la edad, el número de hijos e hijas y el nivel de estudios de las mujeres. Las variables dependientes fueron los distintos indicadores de salud.

En el MANCOVA en que las variables dependientes fueron el número de enfermedades autoinformado y el número de medicamentos, se encontró que el efecto del grupo era estadísticamente significativo  $F(4,522) = 17,17$ ,  $p < 0,001$ , y también lo era el efecto del covariado edad,  $F(2,261) = 8,63$ ,  $p < 0,001$ ; pero no era estadísticamente significativo el efecto del número de hijos,  $F(2,261) = 0,07$ ,  $p > 0,05$ , ni el de el nivel de estudios,  $F(2,261) = 0,066$ ,  $p > 0,05$ .

Los análisis univariados de covarianza (ANCOVA) mostraron que los efectos significativos del grupo se daban en el número de enfermedades autoinformado  $F(2,262) = 36,06$ ,  $p < 0,001$ ; y en el número de medicamentos que toma la mujer  $F(2,262) = 13,06$ ,  $p < 0,001$ . A nivel univariado, el efecto del covariado edad también fue estadísticamente significativo tanto en el número de enfermedades autoinformado  $F(1,262) = 9,19$ ,  $p < 0,01$ , como en el número de medicamentos  $F(1,262) = 16,01$ ,  $p < 0,01$ .

Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que, tanto en el número de medicamentos como en el de enfermedades, las diferencias estadísticamente significativas se daban entre el grupo de mujeres maltratada por su pareja de la muestra clínica y los otros dos grupos de mujeres de la población general, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de la población general. Como puede observarse en la Tabla 56, las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica tienen mayor número de enfermedades y consumen mayor número de medicamentos que las de la población general.

Tabla 56

Medias, desviaciones típicas y comparaciones en el número de enfermedades autoinformado y en el consumo de medicamentos entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general

Grupos	Media	Desviación típica	N	F	Comparaciones post-hoc
<b>Nº de enfermedades de las mujeres</b>					
1. GC sin maltrato	,15	,40	66	36,06***	3 < 1*** 3 < 2***
2. GC con maltrato	,19	,39	58		
3. Clínica maltratada	1,06	,96	144		
<b>Nº de medicamentos que consume</b>					
1. GC sin maltrato	,14	,35	66	13,06***	3 < 1*** 3 < 2***
2. GC con maltrato	,21	,45	58		
3. Clínica maltratada	,58	,76	144		

\*\* p < 0,01; \*\*\* p < 0,001.

De las 87 mujeres de la población general que eran maltratadas por su pareja, solo 36 respondieron a la *Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático*. De ellas, el 27,8% cumplía con los criterios para ser diagnosticadas con trastorno por estrés postraumático. Respecto al suceso citado, el 20% dijo que maltrato psicológico, otro 20% abuso sexual, otro 20% la separación de la pareja y el 40% restante citó otro tipo de sucesos. De las 98 mujeres de la población general que, según las respuestas al *APCM*, no eran maltratadas por su pareja, 35 respondieron a la *Escala de Gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático*, pero solo una (que supone el 2,9%) cumplía los criterios para ser diagnosticada con trastorno por estrés postraumático.

Para comprobar si había diferencias entre las mujeres de los tres grupos en sintomatología de estrés postraumático se hizo un MANCOVA en el que se consideró como variable independiente el grupo (mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, mujeres de la población general maltratadas por su pareja, y mujeres de la población general no maltratadas), como variable dependiente las puntuaciones en los tres tipos de síntomas de estrés postraumático, y como covariado la edad, el número de hijos y el nivel de estudios de las mujeres. Se encontró que, a nivel multivariado, el efecto del grupo era estadísticamente significativo,  $F(6,352) = 2,95$ ,  $p < 0,01$ , y también lo era el efecto del nivel de estudios,  $F(3,176) = 6,84$ ,  $p < 0,001$ ; pero no era estadísticamente significativo el efecto de los covariados edad,  $F(3,176) = 1,08$ ,  $p > 0,05$ , ni número de hijos,  $F(3,176) = 0,67$ ,  $p > 0,05$ .



Los análisis univariados de covarianza (ANCOVA) mostraron que los efectos significativos del efecto grupo se daban en la sintomatología de reexperimentación,  $F(2,178) = 4,04$   $p < 0,05$ ; de evitación  $F(1,178) = 6,31$ ,  $p < 0,01$ ; y aumento de la activación,  $F(1,178) = 6,99$ ,  $p < 0,01$ . A nivel univariado, el efecto del nivel de estudios también fue estadísticamente significativo tanto en la sintomatología de reexperimentación,  $F(1,178) = 15,39$   $p < 0,001$ , de evitación  $F(1,178) = 20,42$ ,  $p < 0,01$ ; como de aumento de la activación,  $F(1,178) = 14,92$ ,  $p < 0,001$ .

Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que, en los tres tipos de síntomas, las diferencias estadísticamente significativas se daban entre el grupo de mujeres de la población general no maltratadas por su pareja y los otros dos grupos, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos de mujeres maltratadas. Como puede observarse en la Tabla 57, las mujeres maltratadas por su pareja muestran mayor sintomatología de reexperimentación, evitación y aumento de la activación que las no maltratadas.

**Tabla 57**

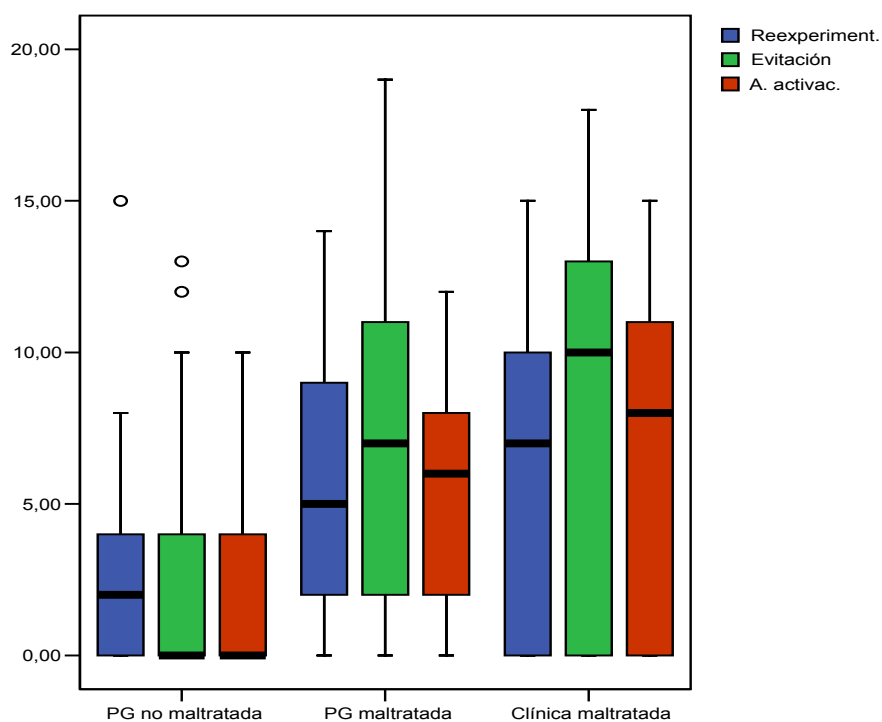
*Medias, desviaciones típicas y comparaciones en la sintomatología de TEPT entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Grupos	Media	Desviación típica	N	F	Comparaciones <i>post-hoc</i>
<b>Reexperimentación</b>					
1. PG sin maltrato	2,61	3,65	23	4,04*	3 > 1*** 2 > 1*
2. PG con maltrato	4,43	3,46	21		
3. Clínica maltratada	6,53	4,65	140		
<b>Evitación</b>					
1. PG sin maltrato	2,26	4,12	23	6,31**	3 > 1*** 2 > 1**
2. PG con maltrato	6,52	5,67	21		
3. Clínica maltratada	8,27	5,99	140		
<b>Aumento de la activación</b>					
1. PG sin maltrato	1,74	2,97	23	6,99**	3 > 1*** 2 > 1**
2. PG con maltrato	4,57	3,72	21		
3. Clínica maltratada	6,79	4,91	140		

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Para poder comparar la distribución de la sintomatología entre los tres grupos de mujeres se realizaron diagramas de caja. En estos, la altura de la caja representa la amplitud intercuartil y en ella está representada el 50% de la muestra, siendo la línea

central de la caja la mediana, el borde superior de la caja el percentil 75 y el inferior el percentil 25. Con un asterisco se representan los casos extremos y con O los muy alejados del extremo de la caja. La distribución de la sintomatología de estrés postraumático se muestra en la Figura 35. Como puede observarse, aunque se da bastante variabilidad intragrupo en cada uno de los síntomas, en el grupo de las mujeres no maltratadas por su pareja, la mediana en la sintomatología de evitación y aumento de la avivación está en 0 y la mayoría de las mujeres no supera la puntuación de 4, aunque hay dos mujeres que tienen puntuaciones mucho más altas que el resto en evitación y una en reexperimentación del suceso traumático. En el grupo de mujeres de la población general que son maltratadas por su pareja, aunque algunas no tienen ningún síntoma de estrés postraumático, la mayoría si tiene síntomas, que son muy elevados en algunas. Y en las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, aunque la cuarta parte no tiene dicha sintomatología ya que el percentil 25 se sitúa en 0, la mayoría tiene sintomatología de los tres tipos.



*Figura 35.* Diagrama de caja de la sintomatología de estrés postraumático del grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos de la población general

En el MANCOVA en el que se consideró como variable independiente el grupo, como variable dependiente las puntuaciones en las cuatro escalas del GHQ-28, y como covariado la edad, el número de hijos y el nivel de estudios de las mujeres, encontramos que, a nivel multivariado, el efecto del grupo era estadísticamente significativo,  $F(8,486) = 10,15$ ,  $p < 0,001$ , pero no era estadísticamente significativo el efecto de la edad,  $F(4,243) = 1,35$ ,  $p > 0,05$ , ni el del número de hijos,  $F(4,243) = 2,47$ ,  $p > 0,05$ , ni el del nivel de estudios,  $F(4,243) = 0,73$ ,  $p > 0,05$ .

Los ANCOVA mostraron que los efectos significativos del efecto grupo se daban en la sintomatología somática,  $F(2,246) = 33,70$ ,  $p < 0,001$ ; de ansiedad e insomnio,  $F(2,246) = 19,35$ ,  $p < 0,001$ ; de depresión grave,  $F(2,246) = 28,39$ ,  $p < 0,001$ ; y de disfunción social,  $F(2,246) = 33,88$ ,  $p < 0,01$ .

**Tabla 58**

*Medias, desviaciones típicas y comparaciones en las escalas del GHQ-28 entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

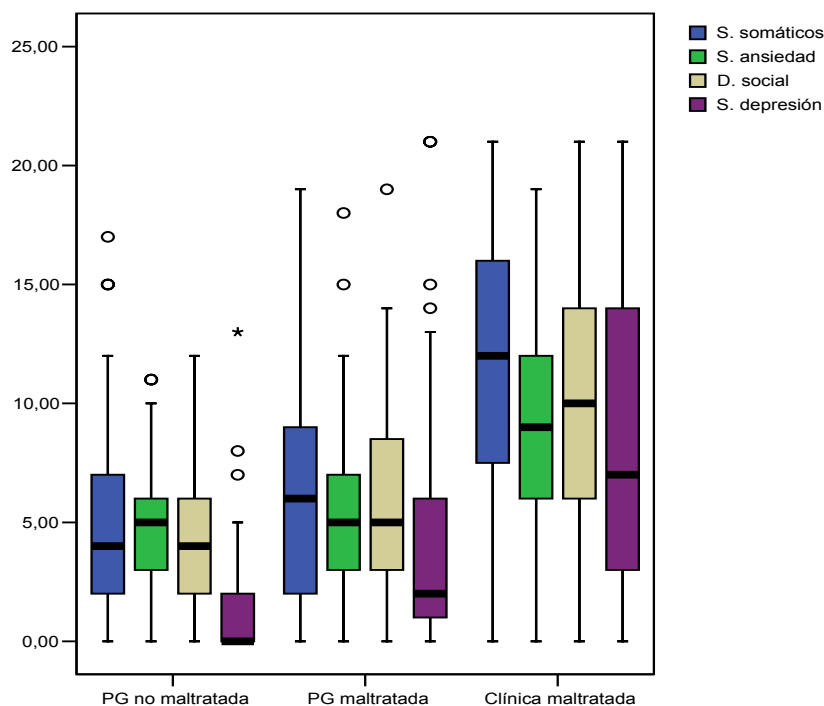
Grupos	Media	Desviación típica	N	F	Comparaciones post-hoc
<b>Síntomas somáticos</b>					
1. PG sin maltrato	4,92	3,84	63	33,70***	3 > 1*** 3 > 2***
2. PG con maltrato	6,09	4,27	54		
3. Clínica maltratada	11,80	5,69	135		
<b>Síntomas de ansiedad e insomnio</b>					
1. PG sin maltrato	4,87	2,55	63	19,35***	3 > 1*** 3 > 2***
2. PG con maltrato	5,44	3,03	54		
3. Clínica maltratada	8,86	4,39	135		
<b>Síntomas de depresión grave</b>					
1. PG sin maltrato	1,19	2,33	63	28,39***	3 > 1*** 3 > 2*** 2 > 1**
2. PG con maltrato	4,22	4,52	54		
3. Clínica maltratada	8,34	6,35	135		
<b>Síntomas de disfunción social</b>					
1. PG sin maltrato	4,00	2,84	63	33,88***	3 > 1*** 3 > 2***
2. PG con maltrato	5,70	3,89	54		
3. Clínica maltratada	10,33	5,39	135		

\*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Los análisis *Post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que se daban diferencias estadísticamente significativas en todos los síntomas entre las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica y los dos grupos de la población general, dándose también diferencias estadísticamente significativas entre estos dos grupos en la

sintomatología de depresión grave. Como se observa en la Tabla 58, las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica tienen más sintomatología de tipo somático, de ansiedad e insomnio y de disfunción social que las mujeres de la población general. Además, las mujeres de la población general que son maltratadas por su pareja muestran más síntomas de depresión grave que las que no han sufrido tales abusos.

Los diagramas de caja que se muestran en la Figura 36 nos permiten profundizar en la comparación de la sintomatología evaluada por el GHQ-28 entre los tres grupos de mujeres. Aunque no cabe duda de la variabilidad intragrupo que se da en todos los síntomas, sobre todo en el caso de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, se constata cómo la mayoría de las mujeres de este grupo tiene abundante sintomatología de tipo somático, de ansiedad e insomnio y de disfunción social y, algunas, también de depresión grave lo que no se da en la mayoría de las mujeres de la población general, aunque algunos casos aislados también tienen alta sintomatología, sobre todo en las que son maltratadas por su pareja.



*Figura 36.* Diagrama de caja de la sintomatología de *GHQ-28* en el grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica y los dos grupos de la población general

En el MANCOVA en el que se consideró como variable independiente el grupo, como variable dependiente las puntuaciones en los dos cuestionarios de estrés, y como covariado la edad, el número de hijos y el nivel de estudios de las mujeres, encontramos que, a nivel multivariado, el efecto del grupo era estadísticamente significativo,  $F(4,396) = 20,12$ ,  $p < 0,001$ , y también lo era el efecto de la edad,  $F(2,198) = 6,84$ ,  $p < 0,01$ ; pero no era estadísticamente significativo el efecto del número de hijos,  $F(2,198) = 0,13$ ,  $p > 0,05$ ; ni del nivel de estudios,  $F(2,198) = 0,12$ ,  $p > 0,05$ . Los ANCOVA mostraron que los efectos significativos del grupo se daban tanto en el estrés crónico  $F(2,199) = 43,37$ ,  $p < 0,001$ , como en las contrariedades diarias  $F(2,199) = 14,83$ ,  $p < 0,001$ . Y, a nivel univariado, el efecto de la edad también fue estadísticamente significativo en el estrés crónico  $F(1,199) = 7,87$ ,  $p < 0,01$ , y en las contrariedades diarias  $F(1,199) = 11,66$ ,  $p < 0,01$ .

Los análisis *Post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que se daban diferencias estadísticamente significativas, tanto en estrés crónico como en contrariedades diarias, entre las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica y los dos grupos de la población general. Como se observa en la Tabla 59, las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica tienen más estrés crónico, tanto de alta como de baja intensidad, que las mujeres de la población general.

**Tabla 59**

*Medias, desviaciones típicas y comparaciones en el nivel de estrés percibido entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Grupos	Media	Desviación típica	N	F	Comparaciones <i>post-hoc</i>
<b>Estrés crónico</b>					
1. PG sin maltrato	4,08	4,59	26	43,37***	3 > 1*** 3 > 2***
2. PG con maltrato	4,81	2,96	37		
3. Clínica maltratada	10,21	3,92	142		
<b>Contrariedades diarias</b>					
1. PG sin maltrato	2,88	2,39	26	14,83***	3 > 1*** 3 > 2***
2. PG con maltrato	3,54	2,30	37		
3. Clínica maltratada	5,94	3,73	142		

\*\*\*  $p < 0,001$ .

El diagrama de cajas muestra que, aunque es grande la variabilidad intragrupo, sobre todo entre las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, la mayoría

de éstas tienen altos niveles de estrés crónico, sobre todo de alta intensidad, siendo mucho menor el estrés percibido por las mujeres de la población general que no son maltratadas por su pareja, aunque dos de las mujeres de este grupo tienen unos niveles muy altos de estrés.

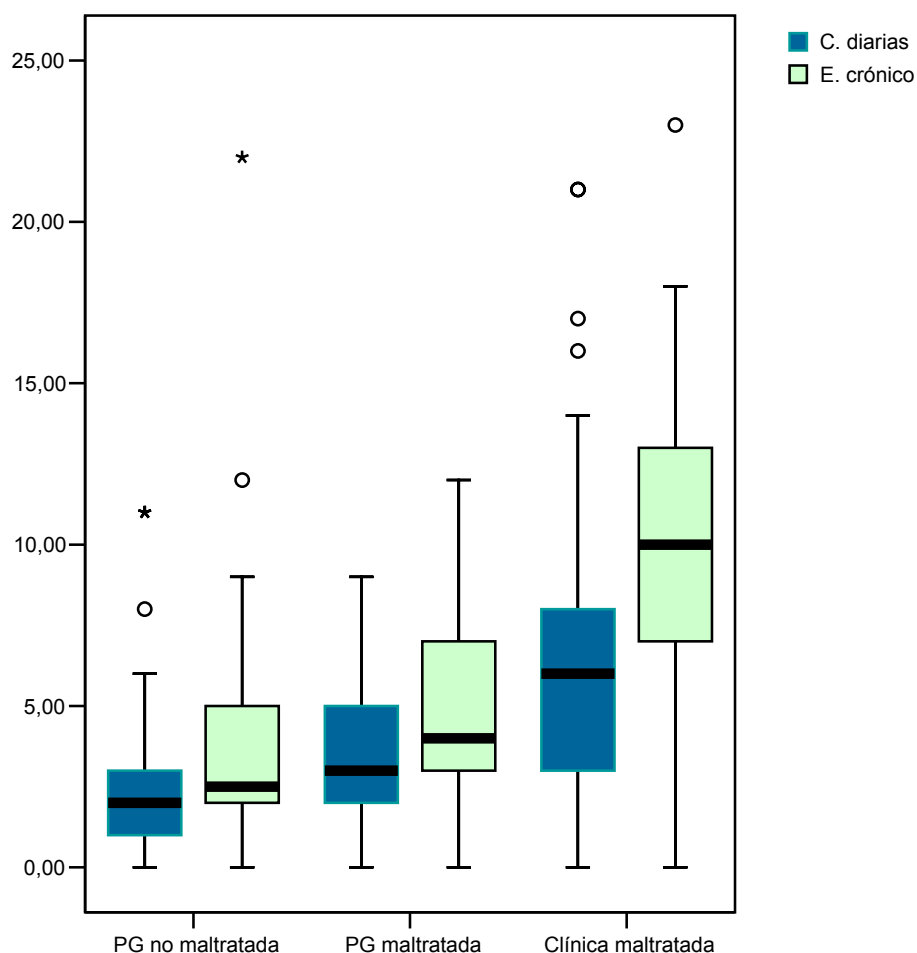


Figura 37. Diagrama de caja del estrés percibido del grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica y los dos grupos de la población general

En el MANCOVA en el que se consideró como variable independiente el grupo, como variable dependiente las puntuaciones en los dos factores de autoestima y como covariado la edad, el número de hijos y el nivel de estudios de las mujeres, encontramos que, a nivel multivariado, el efecto del grupo era estadísticamente significativo,  $F(4,516) = 22,16$ ,  $p < 0,001$ , y también lo era el efecto de la edad,

$F(2,258) = 3,39, p < 0,05$ ; pero no era estadísticamente significativo el efecto del nivel de estudios,  $F(2,258) = 2,60, p > 0,05$ , ni el del número de hijos,  $F(2,258) = 0,85, p > 0,05$ .

Los ANCOVA mostraron que los efectos significativos del efecto grupo se daban en el factor de confianza en sí misma,  $F(2,259) = 15,7 p < 0,001$ , y en el de baja autoestima e inseguridad,  $F(2,259) = 44,71, p < 0,001$ . A nivel univariado, el efecto de la edad fue estadísticamente significativo en el factor de confianza en sí misma,  $F(1,259) = 6,74 p < 0,05$ , pero no en el de baja autoestima e inseguridad,  $F(1,259) = 1,54, p > 0,05$ .

Los análisis *Post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que se daban diferencias estadísticamente significativas en los dos factores del cuestionario de autoestima entre los tres grupos de mujeres. Como puede observarse en la Tabla 60, las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica tienen menor confianza en sí mismas y una autoestima más baja y mayor inseguridad que las mujeres de la población general. Pero, además, las mujeres de la población general maltratadas por su pareja tienen menor confianza en sí mismas y una autoestima más baja y mayor inseguridad que el las mujeres de la población general no maltratadas por su pareja.

**Tabla 60**

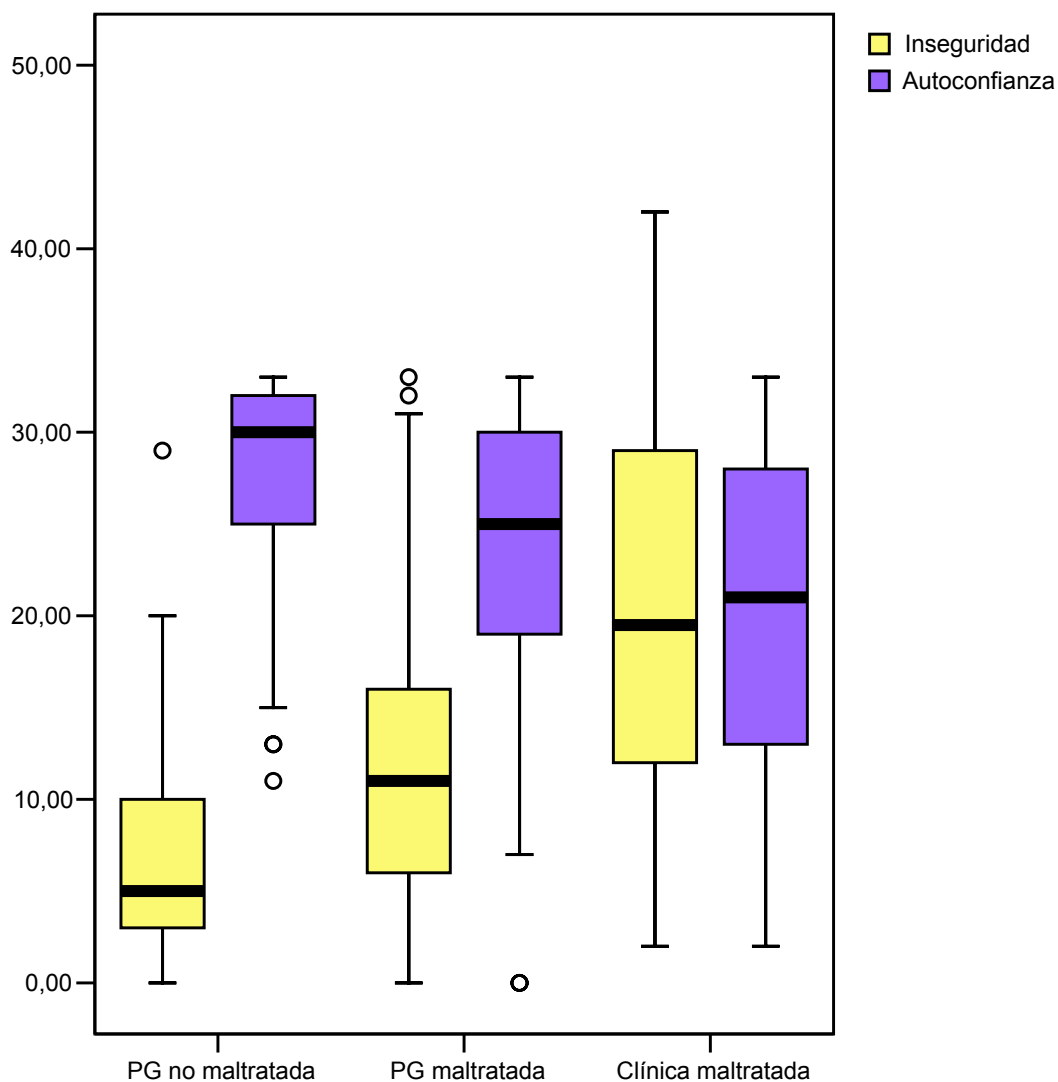
*Medias, desviaciones típicas y comparaciones en los factores de autoestima entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Grupos	Media	Desviación típica	N	F	Comparaciones <i>post-hoc</i>
<b>Baja autoestima e inseguridad</b>					
1. PG sin maltrato	6,73	5,62	67	44,71***	3 > 1*** 3 > 2*** 2 > 1***
2. PG con maltrato	12,23	7,85	56		
3. Clínica maltratada	20,65	10,52	142		
<b>Confianza en sí misma</b>					
1. PG sin maltrato	27,87	5,30	67	15,67***	3 < 1*** 3 < 2** 2 < 1***
2. PG con maltrato	22,29	8,35	56		
3. Clínica maltratada	20,11	8,76	142		

\*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Como se muestra en el diagrama de caja de la Figura 38, aunque se da mucha variabilidad intragrupo en los dos factores de autoestima de las mujeres maltratadas por su pareja, muchas presentan baja autoestima e inseguridad en sí misma, siendo el nivel

de confianza en sí misma de la mayor parte claramente inferior al de la mayoría de las mujeres no maltratadas por su pareja. Sin embargo, la inseguridad de muchas de las mujeres maltratadas depende de si se trata de muestra de la población general o clínica, siendo claramente mayor en este último grupo.



*Figura 38.* Diagrama de caja del factor de baja autoestima e inseguridad del grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica y los dos grupos de la población general

En el MANCOVA en el que se consideró como variable independiente el grupo, como variable dependiente las puntuaciones en los dos factores de apoyo social y como covariado la edad, el número de hijos y el nivel de estudios de las mujeres, se



encontró que, a nivel multivariado, el efecto del grupo era estadísticamente significativo,  $F(4,524) = 16,31$ ,  $p < 0,001$ , y también lo era el efecto del nivel de estudios,  $F(2,262) = 5,66$ ,  $p < 0,01$ ; pero no era estadísticamente significativo el efecto de la edad,  $F(2,262) = 0,35$ ,  $p > 0,05$ , ni el del número de hijos,  $F(2,262) = 1,56$ ,  $p > 0,05$ .

Los análisis univariados de covarianza (ANCOVA) mostraron que los efectos significativos del efecto grupo se daban en los dos tipos de apoyo social, en el emocional,  $F(2,263) = 30,34$   $p < 0,001$ , y en el instrumental,  $F(2,263) = 29,60$   $p < 0,001$ . A nivel univariado, el efecto del nivel de estudios también fue estadísticamente significativo tanto en el apoyo social emocional,  $F(1,263) = 8,84$ ,  $p < 0,01$ , como en el instrumental,  $F(1,263) = 10,65$ ,  $p < 0,001$ .

Los análisis *Post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que se daban diferencias estadísticamente significativas en los dos tipos de apoyo social entre los tres grupos de mujeres. Como se observa en la Tabla 61, las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica tienen menos apoyo social emocional e instrumental que las mujeres de la población general, tanto de las maltratadas como de las no maltratadas por su pareja. Y éstas últimas tienen mayor apoyo social, emocional e instrumental que las mujeres de la población general maltratadas por su pareja.

**Tabla 61**

*Medias, desviaciones típicas y comparaciones en los factores de apoyo social entre el grupo de mujeres de la muestra clínica y los dos grupos, maltratadas y no maltratadas, de la población general*

Grupos	Media	Desviación típica	N	F	Comparaciones post-hoc
<b>Apoyo social emocional</b>					
1. PG sin maltrato	17,98	4,03	69	30,34***	3 < 1***
2. PG con maltrato	14,60	5,61	58		3 < 2***
3. Clínica maltratada	10,70	5,72	142		2 < 3***
<b>Apoyo social instrumental</b>					
1. PG sin maltrato	12,07	3,44	69	29,60***	3 < 1***
2. PG con maltrato	9,12	4,22	58		3 < 2***
3. Clínica maltratada	6,10	4,45	142		2 < 3***

\*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$ .

Como se observa en el diagrama de caja de la Figura 39, la mayoría de las mujeres no maltratadas de la población general tiene mayor percepción de apoyo social, emocional e instrumental, que las mujeres maltratadas por su pareja, si bien algunas

mujeres no maltratadas también muestran un bajo apoyo social percibido. Y, aunque se da una gran variabilidad intragrupo, la mayoría de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, tiene una percepción de apoyo social mucho menor que el resto de los grupos de mujeres, sobre todo que las no maltratadas.

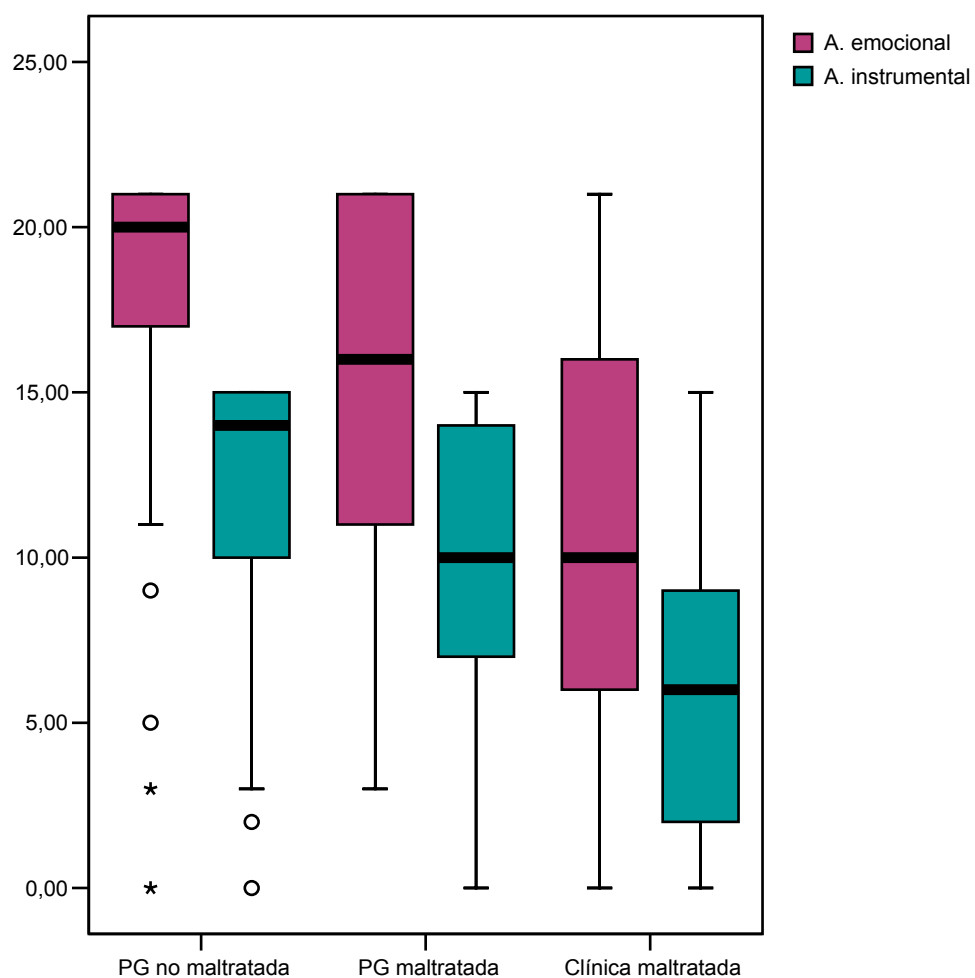


Figura 39. Diagrama de caja de apoyo social percibido del grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica y el los dos grupos de la población general

### **12.7.3. Intensidad del maltrato a la mujer por su pareja y salud de las mujeres maltratadas en el grupo de la muestra clínica y el grupo de mujeres maltratadas de la población general**

En la Tabla 62 se muestran los coeficientes de correlación entre la intensidad del maltrato y las medidas de salud y estrés evaluadas mediante los cuestionarios e inventarios. Como puede observarse, en los dos grupos de mujeres maltratadas por su pareja se da asociación entre la intensidad del maltrato y la sintomatología de estrés postraumático. En las escalas del GHQ-28, encontramos que la sintomatología de depresión grave se asocia con la intensidad de los tres tipos de maltrato en las dos muestras de mujeres maltratadas; la sintomatología de ansiedad y de disfunción social se asocia también en las dos muestras con el maltrato sexual asociándose también en ambas muestras la intensidad del maltrato psicológico con disfunción social y con baja autoestima e inseguridad. Además, en las mujeres de la población general la confianza en sí misma se asocia con una menor intensidad del maltrato de la pareja, y la intensidad del maltrato físico se asocia con la sintomatología de ansiedad y con la baja autoestima e inseguridad.

Los coeficientes de correlación entre la intensidad del maltrato y el número de enfermedades autoinformado, tanto de la mujer como de los hijos, se muestra en la Tabla 63. Como puede observarse, solo hay un coeficiente de correlación estadísticamente significativo y corresponde a la intensidad del maltrato y el número de enfermedades de la mujer, aunque su magnitud es baja y solo se da en el grupo de mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, mostrando una cierta tendencia a mayor número de enfermedades las mujeres que sufren un maltrato psicológico más intenso por parte de su pareja. Y aunque el número de enfermedades de los hijos e hijas se asocia con la intensidad del maltrato a la mujer por parte de su pareja, con mayor número de enfermedades a mayor intensidad del maltrato, en la muestra de la población general tal asociación se da con la intensidad del maltrato físico y psicológico que sufre la mujer, mientras que en el grupo de mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica la asociación es con la intensidad del maltrato sexual.

Tabla 62

*Coefficientes de correlación entre la intensidad del maltrato y la salud y estrés de la mujer en los dos grupos de mujeres maltratadas por su pareja (clínica y población general)*

Síntomas	Maltrato psicológico	Maltrato físico	Maltrato sexual
<b>Mujeres maltratadas e la muestra clínica</b>			
Reexperimentación	,27**	,36***	,24**
Evitación	,31***	,36***	,26**
Aumento de la activación	,30***	,39***	,30***
S. somáticos	,19*	,14	,21*
S. ansiedad	,16	,12	,22**
S. depresión grave	,32***	,20*	,23**
Disfunción social	,22*	,14	,23**
Estrés crónico	,12	-,06	-,03
Contrariedades diarias	,03	-,05	-,05
Baja autoestima e inseguridad	,26**	,00	,15
Confianza en sí misma	-,13	,09	-,03
<b>Mujeres maltratadas de la población general</b>			
Reexperimentación	,49**	,35*	,40*
Evitación	,55**	,48**	,35*
Aumento de la activación	,55**	,41*	,42*
S. somáticos	,16	,16	,17
S. ansiedad	,19	,24*	,30**
S. depresión grave	,37**	,34**	,31**
Disfunción social	,26*	,23*	,29**
Estrés crónico	,33**	,17	,19
Contrariedades diarias	,06	,00	-,09
Baja autoestima e inseguridad	,31**	,21*	,21
Confianza en sí misma	-,29**	-,34**	-,23*

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

Tabla 63

*Coefficientes de correlación entre la intensidad del maltrato y la enfermedad autoinformada de la mujer y sus hijos en los dos grupos de mujeres maltratadas (clínica y población general)*

Enfermedad autoinformada	Maltrato psicológico	Maltrato físico	Maltrato sexual
<b>Mujeres maltratadas de la muestra clínica</b>			
Nº de enfermedades de la mujer	,18*	,043	,151
Nº de medicamentos que consume	-,07	-,084	,133
Nº de enfermedades de los hijos	,06	,078	,261**
Nº de tratamientos de los hijos	,04	,011	,072
<b>Mujeres maltratadas de la población general</b>			
Nº de enfermedades de la mujer	,03	-,05	-,07
Nº de medicamentos que consume	,06	-,04	-,08
Nº de enfermedades de los hijos	,38**	,36**	,14
Nº de tratamientos de los hijos	,06	-,01	-,08

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

#### 12.7.4. Variables cronológicas relacionadas con el maltrato y salud de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica

También se quiso conocer la relevancia que los aspectos cronológicos del maltrato tenían en la salud de las mujeres aunque dichos análisis solo se pudieron hacer con la muestra clínica ya que era el único grupo del que se tenían dichos datos.

Para conocer si la distancia temporal del maltrato tenía un papel relevante en la tasa de estrés postraumático de las mujeres maltratadas por su pareja comparamos dichas tasas entre aquellas que habían sido maltratadas en los últimos cinco años y las que habían sufrido el último episodio desde hacía más de 5 años. Encontramos que el 57,9% de las mujeres maltratadas que habían sufrido el último episodio de maltrato por su pareja en los últimos cinco años y el 50% de las que lo habían sufrido desde hacía más de 5 años tenían trastorno por estrés postraumático (véase Tabla 64), no siendo las diferencias en los porcentajes estadísticamente significativas [ $\chi^2(1,140) = 0,54, p > 0,05$ ].

**Tabla 64**

*Estrés postraumático y tiempo desde el último episodio de maltrato en las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica*

Estrés postraumático		Tiempo desde último episodio de maltrato		Total
		Últimos 5 años	Más de 5 años	
Sin trastorno por estrés postraumático	N	48	13	61
	%	42,1%	50,0%	43,6%
Con trastorno por estrés postraumático	N	66	13	79
	%	57,9%	50,0%	56,4%
Total	N	114	26	140
	%	100,0%	100,0%	100,0%

En la Tabla 65 se muestran los coeficientes de correlación entre la salud y el apoyo social de las mujeres y las variables cronológicas del maltrato. Como puede observarse, solo se dan algunos coeficientes de correlación estadísticamente significativos no llegando a compartir en ninguno de ellos el 7% de la varianza. La edad de la mujer al comenzar la relación con el agresor parece independiente de su salud actual, y también es escasa la relevancia de la edad en que comenzó a ser maltratada por su pareja dándose solo una ligera tendencia a mayor confianza en sí misma en las

mujeres que comenzaron a ser maltratadas a mayor edad. Las mujeres que han sido maltratadas durante más años informan de menos estrés pero tienen más enfermedades y consumen más medicamentos. Y hay una cierta tendencia a presentar menos síntomas de ansiedad, de disfunción social, y baja autoestima e inseguridad cuanto mayor es el tiempo que ha pasado desde el último periodo de maltrato. Además, cuanto mayor es dicho periodo, las mujeres tienden a mostrar más confianza en sí mismas y más apoyo emocional, aunque también parecen consumir un mayor número de medicamentos.

**Tabla 65**

*Coefficientes de correlación entre la salud y apoyo social de la mujer y las variables cronológicas del maltrato en las mujeres maltratadas de la muestra clínica*

<b>Salud y apoyo social</b>	<b>Nº meses desde último episodio maltrato</b>	<b>Años de maltrato</b>	<b>Edad de comienzo de la relación con el agresor</b>	<b>Edad de la mujer al comenzar a ser maltratada por su pareja</b>
Reexperimentación	-,09	,08	-,05	-,08
Evitación	-,12	,15	-,05	-,08
Aumento de la activación	-,07	,06	-,06	-,08
S. somáticos	-,08	,03	-,08	-,08
S. ansiedad	-,20*	,09	-,02	-,00
S. depresión grave	-,16	-,01	-,03	-,06
Disfunción social	-,19*	,04	-,01	-,04
Estrés crónico	-,15	-,16*	-,06	-,05
Contrariedades diarias	-,07	-,26**	-,05	-,01
Baja autoestima e inseguridad	-,23**	-,05	-,01	-,01
Confianza en sí misma	,17*	,00	,16	,18*
Apoyo emocional	,20*	-,02	-,09	-,06
Apoyo instrumental	,15	-,02	-,12	-,08
Nº enfermedades	,03	,20*	-,04	-,05
Nº medicamentos	,17*	,19*	,00	-,02

\*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

### 12.7.5. Variables sociodemográficas, conducta de fumar y consumir bebidas alcohólicas y salud en las mujeres de la muestra clínica y en los dos grupos de mujeres de la población general

Finalmente, y en un intento de conocer la relevancia de algunas variables sociodemográficas y de estilos de vida relacionados con la salud (la conducta de fumar y consumir bebidas alcohólicas) se hicieron análisis correlacionales, analizándolo de forma separada para cada uno de los grupos, resultados que se muestran en las Tablas 66, 67, y 68.

Como puede observarse en dichas tablas, en las mujeres de la población general la edad de la mujer, así como las edades de sus hijos e hijas, se asocia con un mayor número de enfermedades y consumo de medicamentos. En los dos grupos de mujeres maltratadas se da una cierta asociación entre la edad de la mujer y el número de enfermedades y el consumo de medicamentos, aunque la magnitud de la asociación es claramente inferior y, además, solo es estadísticamente significativo en el grupo clínico. En este grupo hay una ligera tendencia a menor sintomatología somática en las mujeres con mayor nivel de estudios, mientras que en las mujeres maltratadas de la población general es el nivel de estudios de la pareja el que se asocia con menor sintomatología de ansiedad e insomnio, somática y depresiva. Y, en los tres grupos, la conducta de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas es independiente del estado de salud de las mujeres.

**Tabla 66**

*Coefficientes de correlación entre las variables sociodemográficas, la conducta de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas con los problemas de salud de las mujeres de la población general que no son maltratadas por su pareja*

<b>Variabes sociodemográficas y consumo de sustancias</b>	<b>N° enfermedades</b>	<b>N° medicamentos</b>	<b>S. somáticos</b>	<b>S. ansiedad</b>	<b>S. depresión</b>	<b>Disfunción social</b>
Años de la mujer	,46***	,44***	-,04	,04	-,11	-,11
Nivel de estudios <sup>&amp;</sup>	,04	,03	,11	-,05	-,01	-,14
Nivel de estudios de la pareja <sup>&amp;</sup>	,18	,10	-,00	,18	-,15	-,12
N° de hijos	,17	,25*	-,06	,12	-,10	,04
Edad primer hijo	,47**	,46**	-,04	-,01	-,07	,06
Edad segundo hijo	,48**	,56**	,00	-,16	,10	,04
N° cigarrillos/día	-,05	-,06	-,12	-,11	-,03	-,06
Consumo bebidas alcohólicas	-,07	-,09	-,10	-,11	,02	-,09

<sup>&</sup> Coeficiente calculado mediante *Rho* de Spearman

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

**Tabla 67**

*Coefficientes de correlación entre las variables sociodemográficas, la conducta de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas con los problemas de salud de las mujeres de la población general que son maltratadas por su pareja*

<b>Variables sociodemográficas y consumo de sustancias</b>	<b>N° enfermedades</b>	<b>N° medicamentos</b>	<b>S. somáticos</b>	<b>S. ansiedad</b>	<b>S. depresión</b>	<b>Disfunción social</b>
Años de la mujer	,18	,17	-,05	,02	-,03	-,02
Nivel de estudios <sup>&amp;</sup>	-,15	-,16	-,14	-,20	-,13	-,21
Nivel de estudios de la pareja <sup>&amp;</sup>	-,06	-,05	-,36*	-,49**	-,32*	-,26
N° de hijos	,09	,05	-,02	-,08	-,07	,00
Edad primer hijo	,26	,19	,03	,04	,07	,03
Edad segundo hijo	,25	,25	,17	,01	,21	,20
N° cigarrillos/día	-,08	-,07	-,02	-,01	,01	-,01
Consumo bebidas alcohólicas	,01	,00	,09	,04	,08	,17

<sup>&</sup> Coeficiente calculado mediante *Rho* de Spearman

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .

**Tabla 68**

*Coefficientes de correlación entre las variables sociodemográficas, la conducta de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas con los problemas de salud de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica*

<b>Variables sociodemográficas y consumo de sustancias</b>	<b>N° enfermedades</b>	<b>N° medicamentos</b>	<b>S. somáticos</b>	<b>S. ansiedad</b>	<b>S. depresión</b>	<b>Disfunción social</b>
Años de la mujer	,17*	,24**	-,02	,00	-,11	-,06
Nivel de estudios <sup>&amp;</sup>	-,07	-,08	-,17*	-,13	-,09	-,16
Nivel de estudios de la pareja <sup>&amp;</sup>	-,08	-,06	-,09	-,06	-,06	-,12
N° de hijos	,11	,08	,14	,16	,08	,00
Edad primer hijo	,16	,20*	,00	,08	-,08	-,04
Edad segundo hijo	,07	,26**	-,13	,00	-,11	-,08
N° cigarrillos/día	-,08	-,01	,01	,06	,01	,05
Consumo bebidas alcohólicas	,07	,11	,06	,13	,14	,15

<sup>&</sup> Coeficiente calculado mediante *Rho* de Spearman

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ .



## **13. DISCUSIÓN**

---

Los resultados obtenidos muestran que, aunque hay bastante diversidad, las mujeres maltratadas por su pareja tienen problemas de salud física y, sobre todo, mental. Aunque la naturaleza transversal del presente trabajo solo permite hablar de asociación y no de causación son muchos los estudios que reconocen que el maltrato a la mujer por parte de su pareja tiene graves consecuencias para la salud física y mental de las mujeres y, en muchos casos, también de sus hijos e hijas.

El presente estudio también evidencia que, aún siendo un fenómeno universal que se da en mujeres con todo tipo de características sociodemográficas, algunas de estas parecen ser relevantes en el maltrato sufrido. Y aunque los datos muestran que la intensidad de las diversas formas del maltrato, físico, psicológico y sexual, correlaciona con la sintomatología de estrés postraumático y de depresión grave en todas las mujeres maltratadas, otros síntomas se asocian de forma específica con la intensidad de determinadas formas de maltrato y algunas asociaciones se dan en la muestra clínica pero no en las mujeres maltratadas de la población general. Por tanto, los resultados del presente trabajo pueden ser de utilidad para un mayor conocimiento de las circunstancias en que se produce el maltrato a la mujer por su pareja y del estado de salud de las víctimas de este tipo de violencia contra las mujeres.

### **13. 1. Características sociodemográficas y tipo de maltrato**

Las mujeres que habían sido maltratadas por su pareja de la muestra clínica de este estudio tienen características sociodemográficas diversas. Aunque el rango de edad era muy amplio la mayoría tenía edades comprendidas entre 25 y 45 años. Casi en la mitad de los casos las mujeres vivían con la pareja agresora, bien porque estuvieran casadas o bien porque convivieran en unión libre. Ambas condiciones se encontraron en proporciones muy similares. El estado civil de las mujeres fue muy variado: solteras, separadas o en trámites de separación, divorciadas o viudas. Casi la totalidad de las mujeres tenían hijos, siendo lo más habitual que tuvieran dos o tres. Sus niveles educativos eran también muy diversos aunque lo más habitual fue que tuviesen bachillerato, que solo supiesen leer y escribir, o que hubiesen acabado la escuela básica.

Pero algunas tenían estudios técnicos o universitarios mientras que otras eran analfabetas. También sus profesiones eran muy diversas, si bien lo más habitual era que sus ocupaciones fueran de baja cualificación o que se tratase de trabajo sin remuneración como “amas de casa”. La quinta parte trabajaba como administrativa o secretaria. Lo menos frecuente fueron los puestos de escalas laborales más altas tales como técnicas o licenciadas y las que aún se encontraban cursando estudios universitarios. Solo un pequeño grupo de mujeres estaba desempleada o de baja por enfermedad.

Poco más de la cuarta parte de las mujeres tenía como única fuente de ingresos los obtenidos de su trabajo, mientras que la tercera parte dependía totalmente de ingresos ajenos, siendo lo más común que se tratase de la pareja agresora. Y en el resto de los casos contaba con ingresos propios y de otras personas, generalmente del maltratador. Solo la tercera parte tenía vivienda propia y casi la quinta parte de las mujeres dijo que la vivienda era del agresor. Lo más común fue que las mujeres vivieran con su pareja agresora y sus hijos, lo que se dio en un 30% de los casos, si bien más de la cuarta parte de las mujeres vivían solas con sus hijos. Más de la mitad procedían de zonas rurales y, del 36% que residían en la ciudad, la mayor parte vivía en áreas marginales, aunque también hubo en torno a un 10% que tenían su domicilio en zonas residenciales.

Por tanto, aunque se trata de mujeres muy diversas en lo que a las características sociodemográficas se refiere, en las mujeres de la muestra clínica predominan las mujeres de bajo nivel educativo y laboral y con dependencia económica, generalmente de la propia pareja agresora. Quizá este predominio de mujeres con bajo nivel socioeconómico pueda ser explicado porque en el acceso a esta muestra fue muy común que se tratase de mujeres que acudían a servicios gratuitos y/o ONG. Estos datos coinciden con otros obtenidos de muestras clínicas de mujeres maltratadas por su pareja usuarias de servicios públicos donde se ha encontrado que predominan las mujeres con bajos niveles socioeconómicos (véase, por ejemplo, Matud, 2005). En todo caso, son varios los estudios que encuentran que el maltrato por parte de la pareja se asocia con escasos recursos económicos (Deveci et al., 2007; Loxton et al., 2006). Se ha planteado que las dificultades económicas pueden ser un factor de riesgo de violencia contra las mujeres porque la falta de recursos económicos pueden dificultar que la mujer

maltratada por su pareja pueda poner fin a dicha relación (Heise y García-Moreno, 2003).

Más de la mitad de las mujeres habían sufrido los tres tipos de maltrato, físico, psicológico y sexual, por parte de sus parejas. Y algo más de la cuarta parte había sido víctima de maltrato físico y psicológico. Varios de los agresores habían usado armas contra ellas, siendo lo más común los cuchillos aunque un 6% habían empleado armas de fuego para agredir a sus parejas. El estudio de los años de duración del maltrato mostró que la mayoría de las mujeres lo había sufrido durante más de cuatro años. Al analizar la edad de comienzo de la relación con el agresor se encontró que, generalmente, había tenido lugar cuando la mujer era menor de 25 años, aunque en un 30% de las mujeres empezó dicha relación antes de los 18 años. El comienzo del maltrato también fue generalmente cuando la mujer era joven o muy joven, ya que el 62% de las mujeres empezaron a ser maltratadas por sus parejas antes de los 25 años. Más de la mitad habían empezado a ser agredidas desde el comienzo de la relación o durante el primer año. El 61% de las mujeres habían experimentado el último episodio de maltrato durante el último año y algo más de la tercera parte habían sido agredidas durante el último mes.

También era común que los maltratadores de las mujeres de la muestra clínica de este estudio generalmente hubiesen comenzado a maltratar a sus parejas desde muy jóvenes, y la mitad empezó a agredirlas antes de los 25 años. Al analizar sus características demográficas encontramos mucha diversidad. En cuanto a su nivel de estudios, se encontró que lo más frecuente es que tuviesen nivel de bachillerato, seguido de aquellos que solo sabían leer y escribir. No obstante, un 12% de la muestra eran universitarios. Al analizar su profesión encontramos que más de la décima parte ejercía como licenciado, ingeniero o empresario, aunque lo más común fue que tuvieran empleos de tipo manual cualificado o que fueran administrativos. La mayoría de ellos gozaba de buena salud, pero prácticamente la cuarta parte tenía alguna enfermedad, habitualmente solo una. Los problemas de salud más comunes fueron los de tipo osteomuscular, digestivos, respiratorios o hipertensión arterial. Apenas se dieron casos en que los hombres sufrieran de depresión, ansiedad, migrañas, o problemas psiquiátricos, lo que se dio en solo un hombre. El 80% no tenía ningún tratamiento

---

médico y aquellos que sí consumían fármacos, habitualmente tomaban medicamentos específicos de la afección que padecieran.

Menos de la mitad de los agresores fumaba tabaco y, en aquellos que lo hacían, el consumo más habitual fue inferior a una cajetilla diaria. En cuanto al consumo de bebidas alcohólicas, los patrones fueron muy variados aunque destaca que el 30,1% nunca tomaba bebidas alcohólicas. De los que no eran abstemios, lo más común era que bebiesen durante el fin de semana, llegando a emborracharse el 15%. Cabe destacar, que según la información de las mujeres, la mayoría no tomaba alcohol diariamente. Al preguntarles por el consumo de drogas de sus parejas agresoras, las mujeres informaron que no consumían ningún tipo de sustancia en más del 80% de los casos. Entre los que sí lo hacían lo más común fue el consumo de porros de forma habitual, seguido del de cocaína y de varios tipos de drogas conjuntamente.

Aunque también había mucha diversidad, lo más común era que las mujeres víctimas de maltrato por parte de sus parejas de la muestra clínica tenía al menos un hijo o hija de corta edad. En más de la mitad de los casos estaban aún estudiando y en casi una décima parte eran muy pequeños y aún no habían llegado a ir al colegio. Poco más de la tercera parte de las mujeres (el 34,3%) informaron de que sus hijos tenían al menos una enfermedad. Los problemas de salud más comunes fueron las enfermedades respiratorias, las digestivas, las alergias y las migrañas. Y, aunque la mayoría de los hijos no tenían ningún tratamiento, en aquellos que sí lo necesitaban, generalmente se trataba de algún medicamento por vía oral para los problemas respiratorios, alérgicos o cardíacos.

Las mujeres de la población general se dividen en dos grupos, como ya se describió en el apartado anterior: mujeres que no habían sido maltratadas por parte de sus parejas, y aquellas que, tras cumplimentar el *Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja (APCM)*, se evidenció que sí eran víctimas de violencia por parte de su pareja. Por tanto, hay dos grupos: el de mujeres no maltratadas de la población general y el grupo de mujeres maltratadas de la población general. Las mujeres de ambos grupos tenían edades muy diversas, al igual que sucedía con las mujeres de la muestra clínica. No obstante, lo más común fue que tuviesen entre 23 y 35 años. Al analizar su estado civil, se encontró que lo más habitual fueron las mujeres casadas en los dos grupos de mujeres. Aunque no se encontraron diferencias

estadísticamente significativas entre ambos grupos en las categorías más comunes (casadas, solteras y pareja de hecho), destaca que en el grupo de mujeres maltratadas hubo un 7% de mujeres divorciadas frente a ninguna en el grupo de mujeres que no habían sido maltratadas por su pareja.

La mayoría tenía al menos un hijo o hija y, aunque no había diferencias estadísticamente significativas en el número de hijos entre los dos grupos de mujeres de la población general, cabe destacar que aunque no tenían hijos el 11% de las mujeres de la población general que no eran maltratadas por su pareja únicamente el 5% de las que sí eran maltratadas no tenían hijos. Así pues, tanto en las mujeres maltratadas de población general como en las de la muestra clínica, el no tener al menos un hijo parece ser una excepción. En más de la mitad de ambos grupos de mujeres de la población general el nivel de estudios era el bachillerato, y le seguían en frecuencia los estudios universitarios y los básicos; pero fue poco común en las mujeres de la población general encontrar que solo supieran leer y escribir o que carecieran de estudios. Las profesiones también fueron muy diversas en los dos grupos de la población general, sin que existieran diferencias estadísticamente significativas, aunque cabe destacar que el número de mujeres que ejercían como tituladas universitarias fue casi el doble en el grupo de no maltratadas que en el maltratadas mientras que en este grupo era más común que fuesen administrativas. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las fuentes de ingresos, siendo lo más frecuente en ambos grupos que la economía familiar dependiera de los ingresos de ambos miembros de la pareja, seguido de ingresos propios de la mujer, situación que era algo menos frecuente en las mujeres maltratadas por su pareja. Y era algo más común que éstas fueran mantenidas económicamente por otras personas, sobre todo por su pareja. Sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la disponibilidad o no de vivienda propia, siendo más común que las mujeres que no eran maltratadas tuvieran vivienda propia. En ambos grupos se encontró que más de la mitad de las mujeres vivían con su pareja y sus hijos/as, si bien en algunos casos también vivían con otros familiares. Además, en ambos grupos, se encontró que lo más común es que viviesen en la ciudad, siendo minoría quienes vivían en pueblos.

Al analizar el nivel de estudios de las parejas de las mujeres de los dos grupos de la población general se encontró que, casi la mitad, tenían nivel de bachillerato

---

siguiéndole en frecuencia los hombres con estudios universitarios. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en el nivel de estudios entre los hombres que maltrataban y no maltrataban a su pareja. Tampoco parecen darse diferencias estadísticamente significativas en la profesión de los hombres de la población general que maltratan a su pareja y no maltratan a su pareja. En ambos grupos las profesiones más comunes fueron las de las categorías de trabajo manual cualificado y licenciados o ingenieros. Destaca que en el grupo de mujeres maltratadas de la población general, al igual que sucedía en el de la muestra clínica, hubiera maltratadores que tenían profesiones relacionadas con la seguridad, ya fuera en la policía, el ejército o como guardas de seguridad. La mayor parte de las parejas de ambos grupos estaba en activo laboralmente.

Solo en torno al 10% de las mujeres de la población general de ambos grupos informaron de que sus parejas tuvieran algún problema de salud. Destaca que una de las mujeres informara de problemas psiquiátricos en su pareja y fue en el caso de las mujeres que no eran víctimas de maltrato. Tampoco era frecuente que tuvieran algún tratamiento médico aunque, si tomaban alguna medicación, solía ser la específica de la enfermedad que padecieran. Si bien hubo un caso en el grupo de los maltratadores que tomaba ansiolíticos y calmantes. Al analizar el consumo de tabaco y de drogas de las parejas de las mujeres de la población general, se encontró que la mayoría no fumaba aunque sí hubo un mayor número de fumadores en el grupo de las mujeres maltratadas. Sin embargo no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Ningún hombre consumía drogas, según informaron las mujeres y, al analizar el consumo de bebidas alcohólicas, se encontró que lo más común fue el consumo de fin de semana u ocasional sin que, de nuevo, se encontraran diferencias estadísticamente significativas entre los agresores a su pareja y los hombres que no las maltrataban.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las edades de los hijos de las mujeres de ambos grupos de la población general. Lo más frecuente fue que sus hijos estuvieran en edad escolar, aunque se dieron algunos casos en los que estaban realizando estudios superiores. En la mayoría de los casos no se informó de ninguna enfermedad de los hijos pero, en las que sí lo hicieron, los problemas de salud más frecuentes fueron los respiratorios, seguidos de las alergias. Los hijos no solían tener tratamientos médicos, solo en algunos casos los propios de la enfermedad que

sufrieran y, en otros, revisiones médicas. Y no parecían darse diferencias estadísticamente significativas en la salud de los hijos de las mujeres de la población general que eran maltratadas por su pareja y las que no sufrían dicho maltrato.

Cuando se compararon las características sociodemográficas de los tres grupos de mujeres: maltratadas de la muestra clínica, maltratadas de la población general y las que no habían sido víctima de violencia, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en muchas de las categorías, fundamentalmente entre el grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica y el grupo de mujeres que no habían sido víctimas de violencia de la población general. Pero no se encontraron diferencias en la mayoría de las categorías entre los dos grupos de mujeres de la población general, a pesar de que uno de ellos está formado por mujeres que sí sufren violencia por parte de sus parejas, en algunos casos con niveles de maltrato muy elevado. Estos resultados apoyan la hipótesis 1.1 planteada inicialmente en la que se indicaba que las mujeres que sufren violencia por parte de la pareja tiene características sociodemográficas diversas, ya que como se ha visto, en la presente investigación se encontró dos grupos de mujeres maltratadas por la pareja, uno el que constituye la muestra clínica y otro procedente de la población general, que presentaban diferencias en casi todas las categorías recogidas en relación a las variables sociales y demográficas.

Se puede observar que las mujeres maltratadas de la muestra clínica tenían una media de edad más alta y más número de hijos que las mujeres de la población general. También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el estado civil de las mujeres: existe un porcentaje mucho mayor de mujeres separadas, divorciadas o viudas en el grupo de mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica respecto al grupo de mujeres de la población general. En este sentido, destaca el hecho de que, dentro de esta categoría, lo más frecuente en la muestra clínica era que las mujeres estuviesen separadas, en cuya situación se encontraba el 19% frente a un 2% de mujeres que se encontraban en trámites de separación y un 6% que estaban divorciadas. Este dato puede ser explicado por el hecho de que es muy frecuente en la sociedad salvadoreña las uniones de hecho en las que una pareja convive sin ningún tipo de representación legal como pareja, por lo que el divorcio es poco habitual y las separaciones se producen sin ningún tipo de trámite legal o administrativo, con lo que esto supone de cara a los derechos de la mujer y sus hijos/as. Y, aunque era mucho

---

menos común que las mujeres maltratadas de la población general estuviesen separadas o divorciadas respecto a las de la muestra clínica, este estado era mucho más común que en las mujeres de la población no maltratadas por su pareja las cuales era más frecuente que estuviesen casadas. Aunque no existe unanimidad en los resultados de los estudios que analizan la relevancia del estado civil en el maltrato a la mujer por su pareja, son varios los estudios en los que se encuentra que es más común que dichas mujeres estén separadas o divorciadas (Bauer et al., 2000; Ruíz-Perez et al., 2006; Sierra et al., 2009).

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el nivel de estudios, siendo mayor el nivel educativo de los dos grupos de mujeres de la población general que el de mujeres maltratadas de la muestra clínica. Casi la mitad de las mujeres maltratadas de la muestra clínica no tiene estudios formales siendo muy pocas las mujeres de la población general quienes carecen de estudios. Por el contrario es muy común que las mujeres de la población general, maltratadas o no, se sitúen en las categorías de niveles educativos medios y universitarios. Las diferencias significativas entre grupos también se observaron cuando se analizaron las profesiones de las mujeres. Destaca el elevado porcentaje de mujeres no maltratadas por su pareja que tiene profesiones para las que se requería estudios universitarios, porcentaje que es mayor respecto al grupo de mujeres maltratadas de la población general y que resulta casi inexistentes en el grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica. Y es mucho más común que las mujeres maltratadas de la muestra clínica sean amas de casa que en el caso de las mujeres de la población general. Estos resultados coinciden con los encontrados recientemente por Sierra et al. (2009) con una muestra de mujeres salvadoreñas de la población general. En el citado estudio se encontró un mayor porcentaje de mujeres maltratadas física y psicológicamente en aquellas que tenían niveles educativos más bajos y menos cualificación laboral, siendo las amas de casa las que con más probabilidad sufrían violencia por parte de la pareja. El impacto que el maltrato de la pareja tiene a nivel laboral en las mujeres se ha constatado en diversos estudios (véase, por ejemplo, Browne et al., 1999; Fontanil et al., 2005; o Tolman y Rosen, 2001) aunque los resultados dependen del tipo de indicador laboral utilizado. También hubo diferencias en la actividad laboral, no encontrando a ninguna mujer de baja por enfermedad en el grupo de la población general y siendo mayor el porcentaje



de mujeres en activo en este grupo, mientras que hubo más mujeres desempleadas y de baja por enfermedad en el grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica.

Al analizar el tipo de ingresos de las mujeres, también se encontraron diferencias entre grupos. Fue mucho mayor el número de mujeres que vivían de los ingresos de sus parejas en el grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica, y también en este grupo hubo un porcentaje de mujeres que vivía de los ingresos de sus exparejas, circunstancia que no se dio en ninguno de los casos en el grupo de la población general. Sin embargo cabe destacar que en los tres grupos más de una cuarta parte de las mujeres vivían exclusivamente de sus propios ingresos. Teniendo en cuenta que, en torno al 90% del total de la muestra tenía hijos/as, se puede suponer que en muchos de los casos las mujeres tienen que hacerse cargo ellas solas de mantener a sus hijos/as económicamente sin ayuda de sus parejas. Este dato toma especial relevancia en el caso de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica. Destaca que, a pesar de que el 28,5% de las mujeres maltratadas por su pareja de dicha muestra se encontraba separada, divorciada o viuda y que casi la totalidad de este grupo tuvieran hijos/as, solo un 8,6% recibía ingresos de sus exparejas y que más de la cuarta parte de las mujeres fueran las únicas contribuyentes a la economía familiar. Todo ello, unido a que más de un 70% fueran amas de casa o tuvieran trabajos poco cualificados, puede explicar la frecuencia con que estas mujeres necesitan de la ayuda de familiares y/o amigos para mantener a sus familias.

También se encontraron diferencias significativas en relación a la titularidad de la vivienda. En el grupo de mujeres no maltratadas lo más habitual fue que tuvieran vivienda propia, mientras que prácticamente la mitad de las mujeres maltratadas de la muestra clínica vivía en casas propiedad de otras personas. La media de personas que conviven en el mismo hogar fue mayor en el caso de las mujeres maltratadas de la muestra clínica existiendo diferencias estadísticamente significativas con el grupo de mujeres que no habían sido maltratadas. Y, al analizar el parentesco de las personas con las que conviven, se encontró que poco más de la mitad de las mujeres de la población general, maltratadas o no, vivían con su pareja y sus hijos, lo que sucedía en menos de la tercera parte de las mujeres de la muestra clínica las cuales, con mucha mayor frecuencia que el resto de los grupos, vivía sin pareja y con sus hijos. Por otro lado, se encontraron también diferencias estadísticamente significativas en el tipo de población

---

en el que vivían. Mientras que la mayoría de las mujeres maltratadas de la muestra clínica residían en zonas rurales o barrios marginales de la ciudad, la mayor parte de las mujeres de la población general vivían en distintas zonas de la ciudad, siendo una minoría la que provenía de zonas rurales. Además, el porcentaje de mujeres no maltratadas que residían en zonas residenciales de la ciudad fue el doble que el del grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica.

Al comparar las características sociodemográficas de las parejas, observamos diferencias estadísticamente significativas en el nivel de estudios. Era más alto el grado de cualificación de las parejas de las mujeres de la población general, donde predominaban los hombres con estudios medios y universitarios, que las de la muestra clínica, donde era mucho más común que en el resto de los grupos que la pareja no tuviera estudios, o que solo fuesen básicos. También el grado de cualificación laboral fue superior en las parejas de los dos grupos de mujeres de la población general, existiendo mayor proporción de profesionales que en la muestra clínica, mientras que la mayoría de las parejas de las mujeres maltratadas de la muestra clínica tenía trabajos de tipo manual, cualificado o no. No se dieron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, sin embargo, en el nivel de actividad laboral de los hombres estando la mayoría en activo. Pese a ello, destaca una mayor proporción de hombres desempleados o en prisión en el grupo de maltratadores de la muestra clínica. También se encontró que tenían peor salud estos agresores y consumían más medicamentos, diferencias que eran estadísticamente significativas con respecto a los dos grupos de la población general, maltratadores o no. También se encontró mayor consumo de alcohol y tabaco en las parejas de las mujeres maltratadas de la muestra clínica en comparación con los dos grupos de la población general, así como en el consumo de drogas que se dio en un 13,3% de estos maltratadores mientras que ninguna de las mujeres de la población general informó de consumo de sustancias por parte de sus parejas.

Los datos relativos a las características de las parejas de las mujeres de los tres grupos aportan pocos indicios respecto a la existencia de características comunes entre los hombres que maltratan a su pareja pues parecen tener más características en común los dos grupos de hombres de la población general, sean o no maltratadores, que los hombres que maltratan a su pareja pero ésta pertenece al grupo clínico o al de la población general. También destaca la heterogeneidad de los agresores en lo que a las

características sociodemográficas y laborales se refiere y el buen estado de salud que tiene la mayoría. Y, aunque algunos maltratados consumen sustancias y abusan del alcohol, la mayoría no lo hace.

También encontramos diferencias en la media de edad del primer hijo del grupo de mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, que fue mayor que en los dos grupos de mujeres de la población general. También fue más frecuente que los hijos de las mujeres maltratadas de la muestra clínica trabajaran mientras que la mayoría de los hijos de las mujeres de la población general estaban estudiando y que, incluso, algunos estuvieran realizando estudios superiores, circunstancia que solo se dio en 3,6% de las mujeres maltratadas de la muestra clínica. También hubo diferencias significativas entre los dos grupos de mujeres de la población general y el grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica en cuanto al estado de salud de sus hijos e hijas. Las mujeres maltratadas de la muestra clínica informaron de un mayor número de enfermedades de sus hijos y mayor número de tratamientos médicos. La bibliografía al respecto indica que el impacto que el maltrato a la mujer por su pareja tiene en sus hijos/as es una cuestión compleja pues, aún reconociéndose que les afecta negativamente en su salud, algunos parecen lograr preservar su salud física y mental (véase, por ejemplo, Matud, 2007).

En relación a la información sobre el maltrato por parte de la pareja obtenido a partir de las respuestas en el *Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja (APCM)*, los resultados muestran una gran variabilidad en el maltrato psicológico en las mujeres de la muestra clínica. Solo un 7,7% no había sido maltratada físicamente, pero el resto sufrió dichas agresiones, si bien lo más común eran las puntuaciones medias y bajas en este tipo de violencia; y, aunque el 31,9% no fue víctima de violencia sexual, el resto sí sufrió este tipo de abusos llegando algunas mujeres a los rangos más altos de la escala. Las mujeres de la población general que, tras analizar las respuestas del *APCM*, se constató que eran maltratadas por su pareja, mostraron también variabilidad en el maltrato psicológico experimentado y, aunque algunas de las mujeres sufrieron niveles muy altos de este tipo de violencia, lo más común fueron los niveles medios y bajos. Fue menos común en este grupo el maltrato físico, que se dio prácticamente en el 30% de las mujeres mostrando mucha variabilidad en su intensidad y llegando algunas a sufrir violencia física grave. En un porcentaje muy

similar se dio el maltrato sexual, el 15% lo sufrió de forma leve y el resto fue víctima de agresiones de diversa intensidad llegando algunas a los niveles más graves de maltrato sexual por parte de la pareja. Por tanto, y pese a la gran variabilidad intragrupo, también se dan diferencias importantes en la intensidad y tipo de violencia que sufren la mayoría de mujeres que componen cada grupo. Quizá ello sea un factor importante en la decisión de la mujer de solicitar ayuda para el maltrato que sufre, lo que solo parece suceder en las mujeres de la muestra clínica. Decisión que también puede estar apoyada en muchas de las mujeres de dicha muestra por su precariedad laboral y económica así como por sus problemas de salud.

Por el contrario, la mayoría de las mujeres maltratadas por su pareja de la población general solo sufrían maltrato psicológico y muchas de las que sufrían maltrato físico y sexual era de baja intensidad, lo que podría explicar su ocultamiento. Resulta más difícil de explicar las razones por las que las mujeres de la población general que sufrían maltrato físico y sexual de alta intensidad por su pareja parecían ocultarlo públicamente y no habían acudido en búsqueda de ayuda profesional. Quizá ello sea debido al tabú que aún rodea el hecho de ser maltratada por su pareja, o bien a que dichas mujeres habían incorporado en sus vidas la normalización de la violencia que parece darse en El Salvador. En este sentido resulta interesante recordar que algunas de las mujeres de este grupo, al cumplimentar la Escala de gravedad de síntomas de trastorno de estrés postraumático, reconocieron que el suceso que les producía malestar estaba relacionado con conductas de su pareja, ya fuese maltrato Psicológico, sexual o su separación. De todos modos, resulta una cuestión compleja que merecería la pena ser estudiada en futuros trabajos ya que también se observó que en las mujeres maltratadas de la población general la intensidad del maltrato físico, psicológico y sexual se asociaba con menor percepción de apoyo social emocional, lo que no sucedía en la muestra clínica.

En cuanto a la relevancia de las variables sociodemográficas con el maltrato sufrido se encontraron pocas correlaciones estadísticamente significativas, solo en la muestra clínica y, además, de baja magnitud. Se encontró una ligera tendencia a un maltrato sexual más intenso en las mujeres que llevaban más años sufriendo la violencia de la pareja. La intensidad del maltrato físico y, sobre todo el sexual, se relacionó con tener más hijos y de mayor edad. La intensidad del maltrato físico se relacionó también

con un nivel de estudios más bajo en los dos miembros de la pareja y la gravedad del maltrato sexual con un nivel de estudios inferior en la mujer y mayor edad de ésta. No obstante, estas relaciones no se dieron de forma estadísticamente significativa en el grupo de mujeres maltratadas de la población general.

Sí se observó en ambos grupos una cierta asociación entre apoyo social instrumental y menor intensidad de maltrato psicológico, si bien en la muestra de la población general no fue estadísticamente significativa. Además, como ya se citó, en las mujeres de la población general el apoyo social emocional se asoció con menor intensidad del maltrato físico, psicológico y sexual.

En relación al consumo de alcohol, se encontró que la mayoría de las mujeres de los dos grupos de la población general y las del grupo clínico eran abstemias, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los grupos. Y al analizar el consumo de drogas se encontró que solo 4 de las mujeres consumía o había consumido y todas ellas pertenecían al grupo clínico. No obstante, sí se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en relación al consumo de alcohol de las parejas. En los dos grupos de mujeres de la población general hubo una mayor proporción de abstemios, mientras que en el grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica el porcentaje de agresores que tomaban bebidas alcohólicas duplicaba al de hombres abstemios. Además, cabe destacar que, en la muestra clínica, los hombres que tomaban bebidas alcohólicas maltrataban a su pareja con mayor intensidad que los abstemios, diferencias que no se daban entre los maltratadores de la población general. Y sufrieron mayor violencia física y psicológica las mujeres de la muestra clínica cuyas parejas consumían drogas.

Aunque el hecho de que el consumo alcohol no fuese una factor diferenciador de la intensidad del maltrato en las mujeres de la población general puede estar influido porque el consumo en este grupo de hombres fue menor, se trata de una cuestión que no está totalmente definida y que precisaría ser estudiada en mayor profundidad en trabajos posteriores. Además, en el grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica también se asoció el consumo de cigarrillos y la cantidad de bebidas alcohólicas tomadas por el agresor con la intensidad del maltrato a su pareja, siendo este más intenso conforme el consumo de alcohol y tabaco era mayor. Sin embargo, en el grupo de mujeres maltratadas de la población general la intensidad del maltrato era independiente del

---

consumo de sustancias y de alcohol del agresor. Pero la intensidad del maltrato físico y psicológico se asociaba con el consumo de bebidas alcohólicas por parte de las mujeres, lo que no sucedía en las mujeres de la muestra clínica. Estos datos podrían reflejar la presencia de formas inadecuadas de hacer frente al maltrato de la pareja en algunas de las mujeres de la población general las cuales, ocultan el maltrato y no solicitan ayuda profesional, pero intentan hacer frente al malestar emocional que les genera tomando bebidas alcohólicas. En todo caso se trata de una cuestión que debería ser estudiada en investigaciones futuras con muestras mayores.

Como hemos podido observar, las características sociodemográficas de las mujeres, así como de sus parejas e hijos/as, resultaron más desfavorables para el grupo de mujeres maltratadas que se autoreconoce como tal existiendo diferencias estadísticamente significativas en prácticamente todos los casos con el grupo de mujeres no maltratadas. No obstante, destaca el hecho de que no se encontraron apenas diferencias entre los dos grupos de mujeres de la población general, es decir, entre las maltratadas y no maltratadas por su pareja; y que las características sociodemográficas y de salud de las mujeres maltratadas de la población general, sus parejas y sus hijos no se asemejaran más al del grupo de mujeres también maltratadas de la muestra clínica. En todo caso, no hay que obviar que las mayores diferencias se encontraron entre el grupo de mujeres no maltratadas por su pareja y el de maltratadas de la muestra clínica.

Los resultados de este estudio indican que el maltrato por parte de la pareja afecta a mujeres de todas clases sociales, nivel educativo y laboral y que variables tales como el tipo de empleo del agresor, su nivel de estudios, su estado de salud y el consumo de bebidas alcohólicas y de sustancias no son determinantes del maltrato a la mujer. De hecho, en la presente investigación se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al nivel de estudios, empleo, número de enfermedades y consumo de medicamentos entre los maltratadores de la muestra clínica y los de la población general, encontrando en estos últimos una importante proporción de hombres con niveles educativos altos y empleos cualificados. Por tanto, el menor nivel socioeconómico y el mayor consumo de alcohol y de sustancias en los maltratadores de las mujeres de la muestra clínica probablemente se explican mejor por la condición marginal de muchas de las mujeres que integran esta muestra. Pero también

hay indicios de que unas mejores condiciones socioeconómicas pueden funcionar como factor protector del maltrato de la pareja.

Resulta más probable que fueran las mujeres que se encontraban en peores circunstancias económicas y con menos recursos y en situación de mayor desprotección las que se decidieran a pedir ayuda a las distintas instancias, mientras que es posible que las mujeres maltratadas de la población general cuenten con otros recursos para solucionar sus problemas. De ahí que las características sociodemográficas de la muestra clínica se diferenciaron notablemente del grupo de mujeres maltratadas de la población general. Si bien no hay que olvidar que, aunque la mayor parte de las mujeres maltratadas de la muestra clínica pertenecían a clases sociales más bajas, tenían trabajos menos cualificados y vivían generalmente en zonas rurales, se debe recordar que casi una décima parte de dicha muestra tenía estudios universitarios o técnicos, ocupaban puestos de alto rango profesional y vivía en zonas residenciales de la capital. Por otra parte, la intensidad del maltrato sufrido, como se ha visto, era mayor en las mujeres maltratadas de la muestra clínica lo que, del mismo modo, puede influir en la decisión de la mujer de abandonar la relación y/o de pedir ayuda para el maltrato de la pareja. De hecho, los datos muestran un mayor índice de separaciones y divorcios en las mujeres maltratadas de la muestra clínica. Otra hipótesis que podría explicar el hecho de que existiera un grupo de mujeres que estuvieran siendo maltratadas pero que no se reconocieran como tales podría ser debido a que el tipo de maltrato que sufrieran fuera mayoritariamente maltrato psicológico, ya que este tipo de maltrato es mucho menos evidente y más difícil de detectar que el que supone una lesión física y, a su vez, sería menos probable que estas mujeres pidieran ayuda por ello. Pero también puede ser por mayor indefensión a la hora de decidir pedir ayuda ya que resulta más complicado demostrar una agresión verbal que una física. Por todo ello, parece ser más probable que las características sociodemográficas de las mujeres y sus familias puedan estar más relacionadas con la intensidad del maltrato del que son víctimas, y no tanto con la ocurrencia o no de la violencia.

Otros estudios que se han llevado a cabo con el fin de describir las características sociodemográficas de las mujeres maltratadas por parte de su pareja respaldarían los resultados encontrados en esta investigación en cuanto a que no se encontraron indicios de homogeneidad en tales características (Alberdi y Matas, 2002;

---

Ellsberg et al., 2008; Fontanil et al., 2005, 2002; Matud, 2004b). Incluso hay autores que afirman que menos diversidad de las características sociodemográficas puede darse en estudios con muestras clínicas debido mayoritariamente a su condición marginal mientras que en investigaciones con población general, la pluralidad de estas circunstancias en las mujeres maltratadas es mucho mayor (McPherson et al., 2007). De esta forma, Ellsberg et al. y Fontanil et al. (2005), no encontraron diferencias significativas en cuanto a la edad y el nivel de estudios de las mujeres maltratadas y las que no habían sido víctimas de maltrato. De nuevo, Ellsberg et al. (2008), Loxton et al. (2006) y Bauer et al. (2000) no encontraron relación entre los índices de prevalencia del maltrato con el tipo de empleo. Y Ellsberg, Peña et al. (1999) y Ceballo et al. (2004), por su parte, no encontraron ninguna asociación entre la violencia de la pareja y el estado civil de las mujeres.

No obstante, y en consonancia con lo que ya se sugirió anteriormente, hay autores que afirman que ciertas características sociodemográficas pueden funcionar como variables protectoras del maltrato a la mujer por su pareja y/o la intensidad de este (OMS, 2005). Por ejemplo, en nuestro estudio se encontró que las mujeres habían comenzado a ser maltratadas desde muy jóvenes, circunstancia que le podía suponer una mayor vulnerabilidad ante la violencia. Más concretamente, el 62% de la muestra clínica había comenzado a ser maltratada antes de los 25 años. Estos resultados coinciden con los de otros estudios donde se encontró que las mujeres habían sufrido violencia desde edades muy tempranas como, por ejemplo, el estudio de Matud (2004b) con mujeres españolas donde más de la mitad había empezado a ser maltratada antes de los 23.

La pobreza y la marginalidad son otras de las circunstancias que se han relacionado con una mayor probabilidad de sufrir violencia o una intensidad mayor del maltrato (Ceballo et al., 2004; Ellsberg, Peña et al., 1999; Heise y García-Moreno, 2003; Ruiz-Pérez et al., 2006). En este estudio, las mujeres de la muestra clínica eran de clases sociales más bajas y con peores condiciones laborales y económicas y, a la vez, eran víctimas de un maltrato más intenso, lo que iría en consonancia con lo encontrado en otros estudios. Además, aunque el porcentaje de varianza común era bajo, en la muestra clínica la intensidad del maltrato físico y sexual se asociaba con un menor nivel de estudios de la mujer. Loxton et al. (2006) relacionan la mayor probabilidad de sufrir



violencia con el hecho de vivir en zonas rurales o marginales de la ciudad, lo que coincide con los resultados de este estudio donde las mujeres de la muestra clínica residían mayoritariamente en zonas rurales y marginales de la ciudad. Por otro lado, una mayor intensidad en el maltrato físico y psicológico se relacionó con esta investigación con tener más hijos, resultados que también se han encontrado en otros estudios (Deveci et al., 2007; Ellsberg, Peña et al., 1999; Fontanil et al., 2005 y Ruiz-Pérez et al., 2006).

Finalmente, también se desprende de los resultados del presente estudio una asociación entre la intensidad del maltrato con el consumo de tabaco, alcohol y drogas por parte de los hombres, si bien dicha asociación solo se ha encontrado en la muestra clínica. Este dato también está respaldado por los encontrados en otros estudios tales como, por ejemplo, Galvini (2006) donde las mujeres habían experimentado maltrato físico más severo cuando sus parejas habían consumido alcohol. Del mismo modo, Echeburúa et al. (2008) registraron niveles más graves de maltrato en los maltratadores que consumían drogas. No obstante, el hecho de que el consumo de sustancias influya en la intensidad del maltrato ejercido no significa que dicho consumo cause el maltrato a la pareja. En la presente investigación no se ha encontrado tal relación, y aunque hubo un mayor consumo de alcohol y drogas en las parejas de las mujeres maltratadas de la muestra clínica, no había diferencias entre los hombres de la población general que maltrataban y no maltrataban a su pareja. Además, la mayoría de agresores no consumía drogas y muchos eran abstemios. De hecho, el consumo de alcohol y drogas por parte de los agresores de la muestra clínica parece ser una variable que se puede explicar de forma más adecuada por las características de marginalidad en las que vivían muchas de estas familias.

También ha sido un tema muy estudiado la psicopatología del agresor como explicación de la violencia ejercida contra la pareja (Black et al., 1999; Danielson et al., 1998; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, 2008; Logan et al., 2001). No obstante no se encontró tal relación en la presente investigación, habiendo solo dos casos de hombres con problemas mentales, según la información de la mujer, y se dio uno en el grupo de mujeres no maltratadas de la población general y otro en la muestra clínica.

En relación a las circunstancias concretas del maltrato, si comparamos estos resultados con los encontrados en otros estudios nacionales y de otros países, se ha encontrado que las mujeres salvadoreñas de este estudio sufrieron el maltrato de la

---

pareja durante un periodo de tiempo bastante similar a las de otros estudios. Solo el 31% de las mujeres de la muestra clínica habían sufrido la relación violenta durante menos de 5 años y un 9,2% que lo había sufrido durante más de 20 años, siendo la media de 10,2 años. En España, en un estudio del Instituto de la Mujer (2000) se encontró que el 70% de las mujeres maltratadas habían vivido la relación violenta durante más de cinco años; también en España, Matud (2004b) registró una media de 11,3 años de duración del maltrato en las mujeres evaluadas y Fontanil et al. (2002) encontró una media de 14,1 años de convivencia en mujeres españolas. Esta diferencia con muestras españolas puede ser debida a varios motivos: en primer lugar, la baja frecuencia en El Salvador de matrimonios legales, lo que da más libertad a abandonar la relación sin todos los trámites y procesos judiciales que ello supone y minimiza el sentimiento de “pérdida de propiedad” del hombre hacia la mujer y la familia; en segundo lugar, la carencia de estos trámites administrativos y judiciales favorece que la pareja no tenga que estar viéndose durante el tiempo que estos durarían, lo que ahorra a las mujeres el riesgo de encontrarse con su agresor y ser víctima de violencia; en tercer lugar, la falta de responsabilidad legal como padres de la que en este país gozan los hombres fomenta que no se hagan responsables de sus hijos y que, al no serle exigido, los agresores se sientan más libres de abandonar antes a la mujer. En la misma línea, son muchas mujeres salvadoreñas las que sustentan las economías de sus hogares, lo que les permite desprenderse de esta dependencia del agresor y abandonar la relación con más facilidad. Todo ello propicia una mayor promiscuidad de los hombres en El Salvador, donde es frecuente que abandonen a sus parejas y sus hijos/as en el momento en que encuentran otra mujer. Por el contrario, los datos de este estudio sugieren que, cuando el sustento económico de las mujeres y sus hijos e hijas depende del agresor, la situación resulta de mayor gravedad ya que al carecer del derecho de manutención por parte del hombre, las mujeres a menudo se mantienen junto a él por conseguir alimento para ellas y sus hijos.

En cuanto al comienzo del maltrato, Ellsberg et al. (2000) plantea que es menos frecuente que la violencia sea evidente en los años de noviazgo, haciéndose patente con más probabilidad cuando comienza la convivencia en la pareja. El hecho de que gran cantidad de mujeres en este estudio sufrieran el maltrato desde el mismo comienzo de la relación o durante el primer año, lo que se dio en más de la mitad de los

casos de la muestra clínica, puede ser debido de nuevo a la idiosincrasia de la sociedad salvadoreña donde las parejas dedican poco tiempo al noviazgo siendo muy común que comiencen la convivencia casi en el momento en que se constituyen como pareja. No obstante, diversos estudios desarrollados en España también coinciden en localizar los primeros episodios de maltrato al comienzo de la relación, resultados que coinciden con los encontrados en esta investigación (Amor et al., 2002; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Fontanil et al., 2002; Matud, 2004b, 2005).

### **13.2. Estado de salud**

Como se desprende de los resultados encontrados, y en relación a la hipótesis general planteada, se cumple dicha hipótesis en cuanto a que se encontraron evidencias de una mala salud general en las mujeres maltratadas por su pareja, si bien la salud de estas mujeres presenta mucha variabilidad intra grupo, existiendo mujeres que tienen múltiples problemas de salud, física y mental, y sintomatología muy intensa y otras que tienen relativamente pocos problemas de salud. Además, el estado de salud también depende de si se trata de muestras clínicas o comunitarias, estando afectada con mayor frecuencia la salud de las mujeres de la muestra clínica.

Así, se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos en cuanto a que las que presentaron peor salud física fueron las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica. Estas mujeres informaron de un mayor número de enfermedades y un consumo superior de medicamentos que las mujeres de la población general. De hecho, la mayoría de las mujeres de la población general no informaron de ninguna enfermedad y, las que lo hicieron, generalmente mencionaron problemas de salud relacionados con una sola dolencia, mientras que prácticamente tres cuartas partes de las mujeres de la muestra clínica, hicieron referencia a una y hasta tres enfermedades. Así, también parecen cumplirse la segunda y tercera hipótesis específica que plantean, respectivamente, más problemas de salud física y mayor consumo de medicamentos en las mujeres maltratadas por su pareja, si bien la evidencia solo es completa cuando se trata de muestras clínicas de mujeres maltratadas por su pareja.

Una salud general más deteriorada en las mujeres que son víctimas de violencia por parte de su pareja ha sido ampliamente documentada por otros autores (Campbell, 2002; Campbell et al., 2002; Ellsberg et al., 2008; Fikree y Bhatti, 1999;

---

Heise y García-Moreno, 2003; Matud, 2004b; OMS, 2005; Pallitto et al., 2005; Wingood et al., 2000; Woods et al., 2005; Woods y Wineman, 2004). A su vez, estos resultados van en consonancia con otras investigaciones que han corroborado un aumento de las visitas médicas, los ingresos hospitalarios, operaciones quirúrgicas y visitas a farmacias a lo largo de la vida en mujeres que son o han sido maltratadas por sus parejas (Campbel; Heise y García-Moreno; Scholleberger et al., 2003).

El tipo de afecciones que presentaban también fueron diferentes entre los grupos de mujeres de este estudio, siendo la depresión la más citada por las mujeres maltratadas de la muestra clínica seguido de los problemas digestivos. La hipertensión y las jaquecas fueron las enfermedades más frecuentes en las mujeres maltratadas de la población general, y la diabetes en primer lugar, y los problemas digestivos en segundo, las dolencias más citadas por las mujeres no maltratadas de la población general. Varios estudios han encontrado también la depresión como un problema común en las mujeres maltratadas por su pareja (Amor et al., 2002; Bauer et al., 2000; Cascardi y O'Leary, 1992). Estos resultados, por tanto, coinciden con los encontrados por otros autores donde se señalaba la depresión como uno de los efectos más significativos que presentaban las víctimas de violencia por parte de sus parejas y también era una de las afecciones más citadas por ellas mismas. Así, en la revisión que hizo Golding (1999) de estos trabajos pudo comprobar como la depresión y el TEPT eran los problemas de salud con mayor prevalencia en este tipo de población. Matud (2004b), por su parte, encontró del mismo modo que era la depresión la enfermedad que estas mujeres citaban con más frecuencia en una muestra de mujeres españolas. En el estudio de Loxton et al. (2006) se encontró que era muy probable que las mujeres hubieran sido diagnosticadas alguna vez en su vida de depresión o que hubiesen experimentado sus síntomas en algún momento de sus vidas. Incluso existen diversas investigaciones que aportan datos superiores al 50% en el diagnóstico de la depresión en mujeres maltratadas por su pareja (Cascardi y O'Leary, 1992; Echeburúa, Corral, Amor y Sarasúa et al., 1997). Pero también los problemas gastrointestinales han sido a menudo citados por los investigadores que han estudiado las consecuencias a corto y largo plazo de la violencia en la salud de estas mujeres (Campbell, 2002; Scholleberger et al., 2003). Uno de los resultados que aportó Campbell (2002) en su estudio de revisión, fue que las mujeres que habían sido maltratadas por su pareja informaron de más problemas

gastrointestinales y desórdenes de la alimentación asociados generalmente al estrés crónico del que son víctimas por la situación que están viviendo en sus hogares.

La hipertensión y las migrañas fueron, no obstante, las quejas más comunes de las mujeres maltratadas por su pareja de la población general. Este tipo de dolencias también se han citado a menudo en la bibliografía especializada como propias de las víctimas de violencia por parte de la pareja. Campbell (2002) encontró en la revisión que hizo de estas investigaciones que era una característica común de las mujeres maltratadas vivir con un alto nivel de estrés por el miedo permanente a un nuevo ataque y que, a menudo, esta circunstancia les ocasionaba padecer dolores de carácter crónico tales como migrañas o dolores de espalda. En el estudio de Woods y Wineman (2004), se encontró que dos terceras partes de una muestra de 309 mujeres maltratadas sufrían dolores crónicos entre los que se encontraban las migrañas. Schollemerger et al. (2003) observaron como los mayores niveles de estrés de las víctimas de violencia por parte de la pareja se traducían principalmente en problemas de hipertensión. Los resultados del estudio de Coker, Smith, Bethea, King y McKeown (2000), del mismo modo, apuntan a que el estrés ocasionado por la vivencia del maltrato está asociado a un incremento de dolores crónicos, migrañas, hipertensión y problemas de tipo gastrointestinal tales como úlceras estomacales, colon irritable, indigestión o diarreas.

Cabe destacar, sin embargo, que ninguna de las mujeres maltratadas por su pareja de la población general hizo mención a estar padeciendo depresión o ansiedad. Fue la hipertensión la enfermedad más citada por las mujeres de la población general, mientras que fue la depresión la dolencia más citada por las mujeres maltratadas de la muestra clínica. Tales resultados parecen apoyar la hipótesis de que existe una mayor prevalencia de enfermedades de tipo psicosomático en las mujeres víctimas de violencia debido al efecto que el estrés derivado de estar viviendo dicha circunstancia tiene en su salud. Estos resultados han sido apoyados por la bibliografía especializada que aportan datos sobre una gran variedad de sintomatología de tipo somático presente en las mujeres maltratadas por su pareja (Campbell, 2002; Woods et al., 2005).

En cuanto al consumo de medicamentos, del mismo modo se encontraron diferencias significativas entre el grupo de las mujeres maltratadas de la muestra clínica y los dos grupos que se incluyen en el de la población general. Es decir, casi la mitad de las mujeres maltratadas por su pareja que pertenecen a la muestra clínica, ya que

---

acudieron a pedir ayuda por su situación, consumían algún tipo de medicamento, mientras que la mayoría de las mujeres de la población general, maltratadas o no, informó de no consumir ningún medicamento. Y mientras que las mujeres de la población general que reconocieron consumir medicamentos habitualmente tomaban solo uno, algunas de las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica tomaban dos o tres medicamentos. Sin embargo, cabe mencionar que, en ambos casos, el tipo de medicamentos citado estaba relacionado con la dolencia específica que padecían. El consumo de fármacos supone un indicativo más del estado de salud y, por ese motivo, es un dato que ha sido registrado en numerosas investigaciones llevadas a cabo con este tipo de población. Así, Burke et al. (2005) encontraron que el consumo de medicamentos era la adicción más fuertemente relacionada con la experiencia de maltrato en la pareja, más aún que la adicción al alcohol y las drogas. Matud (2004b) también registró un mayor consumo de medicamentos entre las mujeres maltratadas por su pareja en comparación con las que no eran víctima de maltrato. Por tanto, los resultados de este estudio coinciden con los de otras investigaciones nacionales e internacionales en las que se registra un mayor consumo de medicamentos en mujeres que han sufrido la experiencia del maltrato en su relación de pareja.

Otro resultado relevante de este trabajo es que ninguna mujer de la población general, maltratada o no, informó de consumir antidepresivos o ansiolíticos. El consumo de este tipo de fármacos ha sido a menudo descrito en investigaciones que pretendían evaluar el estado de salud de las mujeres víctimas de violencia por parte de la pareja. Así, mientras que Wuest et al. (2007) no encontraron en su estudio diferencias significativas en cuanto a la frecuencia del consumo de medicamentos entre mujeres maltratadas por su pareja y no maltratadas, sí registraron patrones diferentes de consumo siendo los opiáceos, los ansiolíticos y los antidepresivos los más frecuentes en mujeres víctimas de violencia, y los anticonceptivos, los fármacos sin recetas o los específicos para resfriados y gripes, los menos frecuentes. Del mismo modo, Loxton et al. (2006) encontraron en mujeres australianas de mediana edad, una relación significativa entre haber sufrido violencia por parte de la pareja y la probabilidad de consumir medicamentos para la depresión y la ansiedad. Y Matud (2004b), por su parte, encontró en su estudio con mujeres maltratadas españolas, que eran los ansiolíticos, en primer lugar, seguido de los antidepresivos, los medicamentos más usados por las

mujeres víctimas de violencia, mientras que eran los ansiolíticos y los calmantes los que con más probabilidad solían consumir las mujeres que no sufrían maltrato. Sin embargo, en El Salvador resulta llamativo que ninguna de las mujeres maltratadas salvadoreñas de la población general reconociera hacer uso de este tipo de fármacos. Esto puede deberse, como se señaló anteriormente, a que el consumo de medicamentos también puede constituir un indicador del estado de conciencia en relación a la propia salud además de asociarse con la presencia o no de enfermedades. Pero también puede estar influyendo la condición del sistema sanitario salvadoreño en relación al nivel de pobreza de la población, donde los medicamentos son de difícil acceso, sobre todo en zonas rurales, y caros de conseguir lo que los hace prácticamente inaccesibles para gran parte de la población. Esa podría ser la explicación de que fuera más frecuente en todos los casos el consumo de medicamentos específicos de la enfermedad que padecieran.

La cuarta hipótesis hacía referencia a que la mitad de las mujeres que habían sido víctimas de maltrato por parte de su pareja cumplirían con los criterios para ser diagnosticadas con Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). La evaluación específica que se hizo del estado de salud de estas mujeres permite afirmar que dicha hipótesis se cumple en las mujeres maltratadas de la muestra clínica ya que se encontró que el 55,3% de las mujeres de dichas mujeres cumplían los criterios diagnósticos del TEPT. En el caso de las mujeres maltratadas por su pareja de la población general solo el 27,8% cumplía los criterios diagnósticos de TEPT. Pero cabe destacar que dicho trastorno era mucho menos común en las mujeres no maltratadas de la población general, de las cuales solo una (que supone el 2,9%) cumplía los criterios de dicho diagnóstico.

Los resultados coinciden, en general, con los que ofrece la bibliografía especializada ya que índices similares se han encontrado en diversas investigaciones que coinciden en señalar el TEPT como una de las disfunciones más frecuentes que presentan las mujeres que han sido maltratada por parte de la pareja. De esta forma, se han aportado datos relativos a porcentajes superiores al 50%, como es el caso de la revisión que hizo Golding (1999), según la cual, en algunos de los estudios revisados, las mujeres evaluadas que presentaban TEPT estaban en porcentajes en torno al 60%. Del mismo modo, el 52% de las mujeres maltratadas por su pareja del estudio de Woods y Wineman (2004) cumplían los criterios diagnósticos de este trastorno. En otro estudio

---

se detectó que el 61,56% de las mujeres que se encontraban en casas de acogida sufrían TEPT (Villavicencio y Sebastián, 1999). Calvete et al. (2007) informaron de un porcentaje del 67,54% de diagnóstico de TEPT en otra muestra de mujeres españolas que habían sido atendidas en diversos servicios de emergencia para víctimas de violencia. Y porcentajes también superiores al 50% encontraron Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa et al. (1997). No obstante, casi la totalidad de estos estudios fueron llevados a cabo en muestras clínicas. A este respecto, hay autores que afirman que los porcentajes de diagnóstico de TEPT en mujeres que han sufrido violencia por parte de sus parejas resultan inferiores cuando son mujeres de la población general la muestra de los estudios. Resultados acordes a esta premisa se han encontrado también en la presente investigación, ya que solo el 27,8% de las mujeres maltratadas de la población general que respondieron a la escala de gravedad de síntomas del TEPT, cumplieron con los criterios para ser diagnosticadas con dicho trastorno. Índices muy similares encontraron también Coker et al. (2005) en su estudio cuando registraron un porcentaje del 24% de mujeres víctimas de violencia que presentaban sintomatología de TEPT moderada y severa en una muestra de la población general. Sin embargo, en el estudio de Woods (2000) se encontró porcentajes en torno al 70% en sintomatología media, moderada y severa de TEPT en grupos de población clínica y comunitaria cuando las mujeres estaban sufriendo el maltrato en la actualidad, encontrando porcentajes menores cuando se trataba de mujeres que habían sido maltratadas en el pasado. Y Woods y Wineman (2004), registraron el 52% de mujeres maltratadas de la población general con presencia de sintomatología de TEPT. Esta discrepancia de los resultados encontrados en la bibliografía puede ser debida al tipo de instrumento de evaluación empleado en cada estudio, pero también a los distintos niveles de gravedad de la violencia sufrida, al tipo de maltrato o, incluso al tiempo transcurrido desde la experimentación del suceso traumático.

En esta investigación la severidad de la sintomatología se determinó utilizando para su evaluación la *Escala de Gravedad de los Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático*, de Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta et al. (1997), basada en los criterios diagnósticos que establece el DSM-IV para la categoría de TEPT. Atendiendo a las distintas sub-escalas de evaluación relativas a la frecuencia e intensidad de los síntomas, se encontró que las mujeres que habían sido maltratadas por su pareja de la



muestra clínica presentaban puntuaciones de moderadas a severas en cuanto a la gravedad de la sintomatología. De esta forma, lo más común fueron puntuaciones medias y altas en la sub-escala de reexperimentación; puntuaciones medias, habitualmente, en la de evitación, y también puntuaciones medias y altas en la escala de aumento de la activación, si bien hubo en los tres grupos de síntomas algunas mujeres que no los tenían. Pese a ello, la intensidad de los síntomas del TEPT que presentaron las mujeres maltratadas por su pareja fue, en general, bastante elevada, presentando ambos grupos de mujeres maltratadas puntuaciones significativamente más altas en los tres grupos de síntomas que las mujeres de la población general.

En cuanto a los acontecimientos que las mujeres maltratadas de la muestra clínica señalaron como hecho traumático por el cual habían experimentado la sintomatología de TEPT y que en algunas les había llevado a desarrollar el trastorno, la respuesta más frecuente fue un episodio de maltrato físico, seguido del maltrato sexual y del maltrato psicológico en tercer lugar. Se detectó, además, relación entre la intensidad del maltrato del que habían sido víctimas las mujeres y la gravedad de los síntomas de TEPT, asociaciones que se daban tanto en el grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica como en el de la población general siendo, incluso, en este último grupo mayor la asociación entre la intensidad de los tres tipos de maltrato y la gravedad de los de síntomas de TEPT. Esta asociación también ha sido analizada en otras investigaciones en las que se ha valorado la gravedad y el tipo de maltrato sufrido en relación a la severidad de la sintomatología de TEPT. No obstante, no existe un consenso entre los investigadores a este respecto; mientras algunos no han detectado en sus estudios un papel relevante del tipo o gravedad del maltrato experimentado en la intensidad de los síntomas de TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta et al., 1997; Woods e Isemberg, 2001), otros autores afirman encontrar evidencias de una asociación entre peor pronóstico de la enfermedad y maltrato psicológico (Pico-Alfonso, 2005); otros apuntan al maltrato sexual como el principal factor de riesgo para desarrollar TEPT (Calvete et al., 2007; Coker et al., 2005; Hattendorf et al., 1999); y otros autores aseveran que son las formas de violencia más graves, los tres tipos juntos de maltrato o la amenaza de ser asesinadas, las que llevan a una mayor intensidad de la sintomatología de TEPT (Griffing et al., 2006; Hattendorf et al., 1999; Mertin y Mohr, 2000). En relación a esta premisa, los resultados de este estudio revelaron una mayor

---

presencia de maltrato físico, psicológico y sexual en las mujeres maltratadas por sus parejas de la muestra clínica, siendo más común en estas mujeres que hubieran experimentado los tres tipos de maltrato.

Sin embargo, en el grupo de mujeres de la población general, aunque todas sufrieron maltrato psicológico en mayor o menor medida, fue minoría las que habían sufrido violencia física y sexual. Y quizá ello sea la causa de la menor tasa de presencia de TEPT en el grupo de mujeres maltratadas por su pareja de la población general. Aunque la evidencia no es completa, ya que también el maltrato psicológico se asoció con TEPT siendo justamente este tipo de violencia de la pareja el que presentaba correlaciones más altas con la sintomatología de reexperimentación, evitación y aumento de la evitación. Y los sucesos traumáticos que dichas mujeres señalaron como causa de la sintomatología TEPT fueron en proporciones similares un episodio de maltrato psicológico, uno de maltrato sexual, la separación de la pareja, mientras que un 40% apuntó a otros acontecimientos.

Se ha encontrado apoyo empírico para la quinta hipótesis que planteaba la existencia de mayor sintomatología depresiva en las mujeres maltratadas por su pareja respecto a las que no han sufrido dichos abusos. Los resultados del presente estudio revelan que las mujeres maltratadas por su pareja presentan más sintomatología depresiva que las que no han sufrido maltrato, habiendo encontrado diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres no maltratadas por su pareja con respecto a los dos grupos de mujeres maltratadas: el de la población general y el clínico, si bien este último grupo parecía estar afectado en mayor medida por dicha sintomatología. Solo el 10,6% de las mujeres víctimas de violencia de la muestra clínica puntuaron 0 en la escala GHQ-28 de depresión grave. El resto de mujeres evaluadas puntuaron de forma positiva en sintomatología de depresión grave siendo lo más frecuente las puntuaciones medias y bajas, aunque cabe destacar que algunas de las mujeres puntuaron alto y muy alto en esta sintomatología. Sin embargo, como ya se ha comentado, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas en sintomatología de depresión grave entre las mujeres maltratadas de la población general y las no maltratadas. Esto es, las mujeres víctimas de violencia por parte de sus parejas, independientemente del tipo y gravedad de las agresiones y que reconocieran que estaban siendo maltratadas o no, mostraron significativamente más síntomas de

depresión grave que las mujeres que no habían vivido en tales circunstancias. La depresión es una de las consecuencias negativas más frecuentes que presentan las mujeres maltratadas por sus parejas, y así lo muestra la bibliografía especializada.

Investigaciones llevadas a cabo, tanto en España como en el resto de países del mundo, coinciden en señalar la depresión como una de las secuelas más comunes que provoca en las mujeres el maltrato continuado por parte de la pareja. Los resultados de este estudio son acordes con los encontrados por Matud (2004b) en una amplia muestra de mujeres españolas, donde era la depresión una de las afecciones que mejor distinguía a las víctimas de violencia en comparación con las mujeres de la población general siendo, del mismo modo, el trastorno que más citaban ellas mismas cuando se le preguntaba por su estado de salud. Y aunque la relación causal entre maltrato por parte de la pareja y trastorno depresivo no ha sido demostrado generalmente en la bibliografía especializada, son muchos los autores que encuentran una fuerte relación entre estas dos variables en sus investigaciones, situando en gran parte de estos trabajos los porcentajes de prevalencia del trastorno depresivo por encima del 50% (Amor et al., 2002; Bauer et al., 2000; Campbell y Soeken, 1999; Cascardi y O'Leary, 1992; Ceballo et al., 2004; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa et al., 1997; Fikree y Bhatti, 1999; Loxton et al., 2006).

No obstante, cabe señalar que ninguna de las mujeres maltratadas de la población general mencionó sufrir depresión a pesar de que sí presentaron sintomatología de este trastorno cuando fueron evaluadas. Estos resultados parecen sugerir la idea de que existe relación entre la influencia del estado de conciencia del maltrato sobre la percepción de la propia salud y el sufrimiento psicológico que supone para la víctima reconocer que está siendo maltratada por su pareja. Aunque también podría suceder que la mujer no informe de estar deprimida al igual que no informa de forma directa de que es maltratada por su pareja, fenómeno que puede suponer, más que una forma consciente de ocultación, la negación de que está siendo maltratada por su pareja. Y parece existir relación entre ser consciente de los efectos que está teniendo el maltrato en su salud y en sus vidas y decidir acabar con la situación o pedir ayuda. De hecho fueron las mujeres que habían solicitado atención en las distintas instancias las que con mayor probabilidad habían citado la depresión cuando se les había preguntado por su estado de salud. Sin embargo, no se puede olvidar que la naturalización de la

---

circunstancia de maltrato, en este caso no autocalificarse como mujeres maltratadas a pesar de haber señalado expresamente estar sufriendo conductas de violencia verbal e incluso física y sexual por parte de sus parejas, no había ejercido como factor protector para estas mujeres en relación a experimentar uno de los efectos más comunes y más graves de este tipo de violencia como es la depresión.

Con frecuencia se ha relacionado en la bibliografía la sintomatología de depresión con otros indicativos de malestar físico y mental como es la ansiedad (Fikree y Bhatti, 1999; Loxton et al., 2006; Matud, 2004b). Los resultados del presente estudio muestran una importante presencia de estas dos variables en las mujeres víctimas de maltrato por parte de sus parejas. Casi la totalidad de las mujeres que habían sido maltratadas, y que se reconocían como tal, puntuaron de forma positiva en la escala GHQ-28 de ansiedad e insomnio teniendo la mayoría de las mujeres puntuaciones medias o altas. Estos datos coinciden en alguna medida con los de otros estudios que apuntan a una mayor probabilidad de sufrir trastorno de ansiedad generalizada en las mujeres que son víctimas de maltrato por parte de la pareja (Gleason, 1993).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en dicha sintomatología entre el grupo de muestra clínica y los dos grupos de la población general, aunque no entre estos. Por tanto, la hipótesis planteada respecto a la mayor sintomatología de ansiedad e insomnio en las mujeres maltratadas por su pareja respecto a las que no han sufrido dicha violencia (hipótesis 1.6) se cumple solo parcialmente. Hay autores que relacionan el trastorno de ansiedad y los problemas de insomnio con las circunstancias concretas y la intensidad del maltrato, lo que podría explicar los resultados encontrados. En particular, Matud (2004b) destaca la sintomatología de ansiedad e insomnio como el principal factor que diferenció, en su estudio, a las mujeres que se encontraban en proceso de separación de las que habiendo sufrido violencia pero que no se encontraban en dichas circunstancias. Loxton et al. (2006) informaron de una relación proporcional entre la experimentación de síntomas de ansiedad y la frecuencia de episodios violentos sufridos. Otros autores relacionan el trastorno de ansiedad con el maltrato más grave (Williams y Mickelson, 2004). O incluso Fikree y Bhatti (1999) encontraron en mujeres pakistaníes que el nivel de ansiedad estaba fuertemente vinculado al carácter privado de la situación de maltrato que estaban viviendo al producirse en la intimidad del hogar y aumentar así su indefensión. A este respecto,

aunque hay que tomar en consideración las diferencias culturales a la hora de interpretar los datos, lo que sí es cierto es que son variables ante todo circunstanciales lo que llevó a separar el grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica del grupo de mujeres de la población general que, al menos públicamente y de forma oral, no se calificaron como maltratadas y que, por consiguiente, no habían acudido a pedir ayuda profesional. Dicha particularidad puede estar mediatizada por las diferencias en los niveles de gravedad de la violencia experimentada por las mujeres de ambos grupos, lo que también puede estar condicionado por las circunstancias concretas de cada una ya que la mayoría de las que habían acudido a pedir ayuda por su condición de maltratadas habían experimentado niveles más severos de maltrato, violencia física y sexual que puede resultar más fácil de reconocer, y/o se encontraran huidas del hogar o en proceso de separación. Pero también hay que recordar que algunas de las mujeres maltratadas por su pareja de la población general sufrían un maltrato, físico, psicológico y sexual, muy intenso por parte de sus parejas. Por tanto, se trata de un fenómeno digno de ser estudiado con mayor profundidad en estudios posteriores.

En relación a los resultados obtenidos respecto a la sintomatología somática, evaluada a través de la escala GHQ-28, se encontró que dichos síntomas se daban en prácticamente todas las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica, teniendo la mayoría puntuaciones medias o altas. Y aunque los dos grupos de mujeres maltratadas por su pareja tenían puntuaciones medias más altas que las mujeres no maltratadas, solo se daban diferencias estadísticamente significativas entre la muestra clínica y los otros dos grupos de mujeres, siendo mucho mayor la puntuación de las mujeres de la muestra clínica. Diversidad en la sintomatología somática ha sido documentada en la investigación cuyo objetivo era evaluar el impacto de la violencia en el estado de salud de las mujeres. Así se ha observado como las víctimas de maltrato sufren de más dolores de cabeza, de espalda, abdominales, dolores crónicos, vértigos, mareos, problemas digestivos e infecciones (Campbell, 2002; Ellsberg et al., 2008; Schollemberger et al., 2003; Woods et al., 2005) o problemas ginecológicos y del sistema nervioso central, entre otros (Campbell et al., 2002; Fikree y Bhatti, 1999; Schollemberger et al.). La hipótesis planteada en la que se predice que las mujeres víctimas de violencia tendrían más síntomas somáticos, se cumple parcialmente ya que sí mostraron más sintomatología de este tipo las mujeres maltratadas que acudieron a

---

pedir ayuda (muestra clínica) pero no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres maltratadas de la población general y el grupo de mujeres no maltratadas. La explicación a estos resultados puede ser similar al de la hipótesis anterior, es decir, pueden estar interviniendo otras variables de tipo circunstancial referentes a la gravedad de la situación personal de cada mujer que neutralizarían la manifestación de ciertas consecuencias en la salud. En este sentido, Ellsberg et al. (2008) afirman que existe una relación significativa entre haber experimentado niveles más graves de violencia como sería el maltrato físico y sexual, con el padecimiento de una mayor cantidad de problemas de salud. Y por otro lado, otros autores apuntan a la severidad y la frecuencia del maltrato como claro predictor de la mala salud general (Cascardi y O'Leary, 1992, Tolman y Rosen, 2001).

Los resultados de la sub-escala del GHQ-28 que evalúa disfunción social muestran que la hipótesis 1.8 se confirma solo parcialmente ya que, aunque las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica tenían más disfunción social que las mujeres que no habían sufrido dicho maltrato, en las mujeres de la población general no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las maltratadas y no maltratadas por su pareja.

Aunque son muchos los autores que reconocen el impacto que a nivel social tiene el maltrato por parte de la pareja, también en otros estudios utilizando la escala de disfunción social del GHQ se ha encontrado que dicha sintomatología en la mujer maltratada por su pareja parece depender de factores más situacionales. Así, en el estudio de Matud con población canaria (Matud, 2004a) se encontró que dicha puntuación era más elevada en las mujeres que se encontraban en el Dispositivo de Emergencia para Mujeres Agredidas que en las mujeres maltratadas que estaban en Casas de Acogida. Dado que ninguna de las mujeres del presente estudio estaba en dichas circunstancias podría ser interesante indagar por qué no se encontraron diferencias significativas entre el grupo de mujeres maltratadas de la población general y las no maltratadas. Los problemas a nivel social pueden ser una de las consecuencias más directas del maltrato a las mujeres por su pareja ya que es muy frecuente que el mismo aislamiento social sea una forma de control y maltrato a la mujer por parte del agresor, y así se ha señalado por otros investigadores (Fontanil et al., 2002; James et al., 2004; Matud, 2004a; Mitchel y Hobson, 1983). También hay autores que afirman que el

aislamiento social tiene una relación directa con las circunstancias de maltrato de la víctima ya que una mujer que está siendo maltratada puede aislarse a sí misma para evitar mostrar a los demás sus lesiones; o bien el maltrato puede provocarle inseguridad respecto a los demás, o sus relaciones sociales pueden verse mermadas cuando se encuentran huídas del hogar, en proceso de separación o en casas de acogida (James et al.; Lynch y Gram.-Bermann, 2004; Matud; Rose et al., 2000; Vázquez, 1999). Pero la escala de disfunción social del GHQ-28 no contiene elementos de aislamiento social sino que evalúa más bien el sentirse socialmente útil, activo y satisfecho con la vida, lo cual podría explicar que no estuviesen tan afectadas aquellas mujeres que sufren un maltrato menos intenso y/o con mejores condiciones socioeconómicas. En todo caso se trata de una cuestión no totalmente resuelta que podría ser estudiada en investigaciones posteriores.

Resulta destacable que, aunque en la sintomatología de depresión grave se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres maltratadas de la población general y las que no habían sido maltratadas, no ocurrió lo mismo con las otras tres subescalas del GHQ-28: ansiedad e insomnio, síntomas somáticos y disfunción social en las que no puntuaron de forma significativamente más alta el grupo de mujeres maltratadas de la población general. A este respecto hay autores que apuntan a la posible mediación de algunas variables sociodemográficas en el impacto de la violencia en la salud, tales como la edad, el bajo nivel de estudios o la pobreza (Tolman y Rosen, 2001). Sin embargo, en los resultados de este estudio no se encontró ninguna correlación estadísticamente significativa de la edad, el nivel de estudios o el número de hijos con las puntuaciones de las cuatro subescalas del GHQ-28, esto es, depresión grave, ansiedad e insomnio, síntomas somáticos y disfunción social. Tampoco encontraron en su investigación Ellsberg et al. (2008) una repercusión de variables como la edad o el nivel educativo en el estado de salud de las mujeres víctimas de violencia.

También se encontró apoyo empírico para la hipótesis 1.9, que planteaba que las mujeres maltratadas por su pareja percibirían menor apoyo social que las no maltratadas. Los resultados del presente estudio muestran que las mujeres maltratadas, de la muestra clínica y de la población general, tienen menos apoyo social de tipo emocional e instrumental que las mujeres de la población general. Pero de nuevo,

---

también existen diferencias en este sentido entre ambos grupos de mujeres maltratadas, siendo las de la muestra clínica las que contaban con menos apoyo emocional e instrumental que las de la población general.

Como ya se ha citado, es habitual el aislamiento y el control por parte de la pareja como forma de maltrato psicológico, lo que ha sido documentado en numerosas ocasiones en la bibliografía (Aguilar y Nightingale, 1994; Dobash y Dobash, 1979; Dutton y Golant, 1995; Dutton y Painter, 1981; Dutton y Starzomski, 1993; Dutton, 1992; Echeburúa y Corral, 2003; Heise, 1998; Heise y García-Moreno, 2003; Koss et al., 1995; OMS, 2005; Pérez del Campo, 1995; Sarasua y Zubizarreta, 2000; Walker, 1994). Este hecho podría explicar las carencias de apoyo social que muestran estas mujeres que son víctimas de violencia. Otros estudios que evaluaron específicamente el apoyo social en las mujeres maltratadas, encontraron situaciones de aislamiento de familiares y amigos propiciadas por el maltratador (Fontanil et al., 2002; James et al., 2004; Mitchel y Hobson, 1983). Matud (2004b), por su parte, encontró que percibían menos apoyo social aquellas mujeres que estaban viviendo en ese momento su relación abusiva y/o habían sido agredidas recientemente. Se ha planteado que el apoyo social puede constituir un factor protector de la mujer maltratada y, por tanto, la falta de apoyo puede suponer un factor de riesgo para una mayor incidencia del maltrato y para la salud de las mujeres (Bybee y Sullivan, 2002; James et al., 2004; Rose et al., 2000).

En relación a las fuentes de apoyo con las que cuentan más habitualmente las mujeres maltratadas por su pareja, Matud et al. (2003) y Rose et al. (2000) encontraron que eran algunas amigas en primer lugar, y algunos familiares en segundo, habitualmente los hijos, madres y hermanos, las personas que con más frecuencia constituían el soporte emocional de estas mujeres. En el caso de las mujeres maltratadas salvadoreñas, aunque también citaban estas mismas fuentes de apoyo, no se encontró la misma relevancia relativa siendo sus hijos e hijas en primer lugar, algún confidente en segundo y algún progenitor, en tercer lugar, las personas que constituían su mayor fuente de apoyo emocional. Y las fuentes de apoyo instrumental más importantes fueron algún confidente en primer lugar, algún progenitor en segundo lugar y los hermanos en tercer lugar. A este respecto, las diferencias culturales y la estructura del sistema social de los distintos países puede ser la explicación a que las mujeres puedan contar con más facilidad con unas redes sociales u otras. El Salvador en concreto, es una sociedad



machista en la que las mujeres están habitualmente relegadas al espacio privado del hogar o al trabajo como una necesidad de supervivencia de ella y sus hijos, y donde el ocio y el tiempo libre tienen poca cabida y por tanto existe menos posibilidad de que un grupo de amigas o personas ajenas a la familia pueda constituir una fuente de apoyo para ellas.

Los resultados del estudio mostraron que las mujeres maltratadas por su pareja de la muestra clínica y las de la población general, tienen menor confianza en sí mismas, una autoestima más baja y mayor inseguridad que las mujeres no maltratadas por su pareja. Por tanto, se confirma la hipótesis 1.10. Pero también se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de mujeres maltratadas siendo las de la muestra clínica las que mostraron una autoestima más baja, menor confianza en sí mismas y mayor inseguridad respecto a las mujeres maltratadas de la población general. La bibliografía especializada apunta al nivel de autoestima como un importante indicador de salud y bienestar. Es por ello que sea lógico pensar que las mujeres maltratadas van a sufrir un deterioro de su auto-concepto como una consecuencia más del malestar que les supone estar sufriendo violencia de la pareja, y que puedan abandonarse ciertas conductas de auto-cuidado que contribuiría a un peor estado de salud (Campbell y Soeken, 1999). En esta línea, los resultados encontrados en relación al nivel de autoestima pueden estar correlacionando con los aportados anteriormente respecto al peor estado de salud registrado en las mujeres maltratadas. Pero, sobre todo, las mujeres que son víctimas de violencia pueden tener una autoestima menor porque sufren continuamente el desprecio, la crítica y la humillación por parte de sus parejas como una expresión más de maltrato psicológico (Orava et al., 1996). En este sentido, algunos autores afirman que el maltrato psicológico es el que mayor huella deja en la autoestima de las mujeres (Aguilar y Nightingale, 1994; Campbell et al., 1994; Lynch y Graham-Bermann, 2000). Estos datos podrían apoyar los resultados encontrados en el presente estudio donde el nivel de autoestima se vio más dañado en las mujeres maltratadas por su pareja diferenciándose en este aspecto de las que no habían sufrido violencia, ya que prácticamente todas las mujeres maltratadas, se reconocieran como tal o no, eran víctimas de maltrato psicológico por parte de sus parejas.

---

Pero también las investigaciones que apuntan a la violencia física como uno de los más importantes factores influyentes en el bajo nivel de autoestima (Cascardi y O'Leary, 1992; Dutton y Painter, 1993) estarían apoyando los resultados encontrados en el presente trabajo ya que fueron las mujeres maltratadas que se reconocen como tal las que mostraron una peor autoestima y las que con más probabilidad habían sido víctimas de violencia física. Por otro lado, Matud (2004b) y Walker (1989) encontraron que ciertas características circunstanciales de las mujeres tales como que se encontraran en proceso de separación de sus parejas, contribuía a un empeoramiento del estado de su autoestima, lo que podría ayudar a explicar las diferencias encontradas entre ambos grupos de mujeres maltratadas ya que fueron las de la muestra clínica las que tuvieron un mayor índice de divorcios, separaciones o procesos de separación y, a la vez, una autoestima más baja. Otros autores han relacionado esta variable con una mayor frecuencia y severidad de las agresiones (Cascardi y O'Leary) lo que, del mismo modo, va en consonancia con los resultados obtenidos puesto que las mujeres de la muestra clínica eran víctimas, por lo general, de un maltrato más grave.

Y aunque, como afirman Lynch y Graham-Bermann (2004), puede haber aspectos del auto-concepto de la mujer maltratada por su pareja que puedan quedar más o menos preservados, como el rol de madre o el de trabajadora, hay autores que aseveran que el sentimiento de auto-eficacia y la confianza en sí misma se ven gravemente dañados (Lynch y Graham-Bermann; Matud, 2004b; Orava et al., 1996). Las críticas por su labor como ama de casa y el desprecio como ataque a su concepto de esposas, forma parte de la misma génesis del maltrato psicológico y son señalados por algunos investigadores como un arma eficaz contra el propio sentido de competencia y eficacia (Dutton y Painter, 1993; Orava et al., 1996; Walker, 1991). En este sentido, los resultados de estos estudios respaldan los encontrados en este trabajo donde se encontró que la confianza en sí mismas fue bastante menor en las mujeres que habían sido maltratadas por su pareja. Y algunos autores han relacionado el nivel de autoestima con la cantidad y calidad de apoyo social recibido por la mujer que es maltratada por su pareja a través de otro constructo, la auto-afirmación (Lynch y Graham-Bermann, 2004).

Finalmente, solo se encontró apoyo parcial para la hipótesis 1.11 que planteaba que las mujeres maltratadas por su pareja tendrían más estrés que las que no

habían sido maltratadas. Los datos obtenidos, tanto de estrés crónico como al estrés de baja intensidad medido a través del cuestionario de contrariedades diarias, mostraron que las mujeres maltratadas del grupo clínico tenían más estrés de ambos tipos que las mujeres de la población general, fuesen o no maltratadas por su pareja. En otros estudios también se ha analizado esta problemática encontrándose niveles más altos de estrés psicológico en las mujeres víctimas de violencia (Cevallo et al., 2004; Ellsberg, Caldera et al., 1999; Golding, 1999; Ramos y Carlson, 2004, Woods y Wineman, 2004). Además muchos de estos autores relacionan el nivel de estrés emocional con las circunstancias concretas de maltrato, la intensidad de la violencia u otros problemas de salud como el TEPT. Como ya se vio anteriormente, las circunstancias de maltrato y las características sociodemográficas fueron claramente más perjudiciales para las mujeres de la muestra clínica, lo que podría explicar los niveles más altos de estrés.

Finalmente, los resultados de la relación entre la intensidad del maltrato con el estado de salud de las mujeres mostraron algunas correlaciones estadísticamente significativas, si bien la magnitud de la asociación era baja entre algunas variables. Tanto en las mujeres maltratadas de la muestra clínica como de la población general se encontró relación entre la gravedad de los tres tipos maltrato y la sintomatología de TEPT. Y también en ambos grupos la sintomatología de depresión grave se asociaba con la intensidad de los tres tipos de maltrato, físico, psicológico y sexual. La ansiedad y la disfunción social se asoció en ambos grupos con la intensidad del maltrato sexual y la disfunción social y la baja autoestima e inseguridad con la intensidad de maltrato psicológico.

En el grupo de mujeres maltratadas de la población general se encontró asociación entre maltrato físico con la sintomatología de ansiedad y con baja autoestima. Además, la confianza que en sí mismas tenían las mujeres maltratadas de la población general se relacionaba de forma inversa con la intensidad del maltrato sufrido, físico, psicológico y sexual. Y la intensidad del maltrato psicológico se asociaba con mayor estrés crónico. Y en el grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica la sintomatología somática se asoció con la intensidad del maltrato psicológico y sexual.

Al analizar la asociación entre la intensidad del maltrato sufrido por la mujer y el número de enfermedades y consumo de medicamentos, solo se encontró una

correlación estadísticamente significativa y fue en el grupo de mujeres maltratadas de la muestra clínica. Aunque el porcentaje de varianza común era muy escaso, en este grupo, la intensidad del maltrato psicológico se asociaba con mayor número de enfermedades de la mujer. Y también en este grupo el número de enfermedades que padecen los hijos e hijas se relaciona con la intensidad del maltrato sexual que sufren sus madres por parte de sus parejas. Sin embargo, en el grupo de las mujeres maltratadas de la población general, la intensidad del maltrato físico y psicológico que sufrían las mujeres se asociaba con un mayor número de enfermedades de sus hijos e hijas.

El estudio de la asociación entre las variables cronológicas del maltrato y la salud de las mujeres, mostró pocas correlaciones estadísticamente significativas. En todo caso es importante aclarar que tales datos solo se obtuvieron de las mujeres maltratadas de la muestra clínica. En relación con el diagnóstico de TEPT, no hubo diferencias entre el grupo de mujeres que habían sufrido el último episodio de maltrato en los últimos cinco años y el grupo de mujeres que habían sido maltratadas hacía más de cinco años. En torno a la mitad de ambos grupos cumplían los criterios diagnósticos de TEPT. Por tanto parece importante que las mujeres maltratadas, al menos las que tienen TEPT, reciban atención psicológica para dicho trastorno ya que parece no remitir espontáneamente, si bien el bajo número de mujeres que habían sufrido el último episodio de maltrato hacía más de cinco años hace que se tengan que tomar estos resultados con cautela. Se trata de un resultado interesante que habría que analizar en mayor profundidad en trabajos futuros utilizando muestras con un mayor número de mujeres en dicha circunstancia.

Se observó también una ligera relación entre una edad de comienzo del maltrato más tardía y una mayor confianza en sí misma de la mujer. Y aunque la salud en las mujeres que habían sido víctimas de violencia durante más tiempo estaba más resentida, siendo estas las que más enfermedades tenían y más medicamentos consumían, resulta interesante destacar que estas mujeres presentaron menos estrés. Por otro lado, el tiempo transcurrido desde el último episodio de maltrato parece asociarse con algunos indicadores de salud, teniendo más síntomas de ansiedad, disfunción social, baja autoestima e inseguridad, menos confianza en sí misma, menos apoyo emocional y consumo inferior de medicamentos las mujeres que han sido maltratadas más recientemente.

### **12.3. Limitaciones y futuras investigaciones**

Aunque el presente estudio supone un avance en el conocimiento de las características sociodemográficas y de salud de las mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador, presenta una serie de limitaciones. Dichas limitaciones hacen referencia, en primer lugar, a que se trata de un estudio transversal y, por tanto, solo permite obtener datos de covariación y no de causación. Como la gran mayoría de los estudios que existen con el fin de analizar las consecuencias que ocasiona el maltrato en la salud de las mujeres, su carácter transversal nos impide observar cuales de las secuelas en la salud han sido producidas directamente por la violencia y cuales pueden estar más influidas por el entorno o por algunas características sociodemográficas concretas. En este sentido, un aspecto positivo del presente estudio es la posibilidad de comparar al grupo de la muestra clínica con un grupo de mujeres maltratadas de la población general, las cuales tienen otras características sociodemográficas; pero dicha comparación sigue constituyendo un problema ya que se ha encontrado que el tipo, la intensidad y las circunstancias concretas de maltrato de muchas de estas mujeres es distinto a las del grupo de la muestra clínica.

En segundo lugar, en el caso de la muestra clínica, se trata de un grupo de mujeres que acudió voluntariamente a pedir ayuda psicológica o legal a las distintas asociaciones de mujeres salvadoreñas, o que ha respondido a la publicidad difundida del estudio, reconociéndose a sí mismas como mujeres maltratadas y lo que esto puede suponer en su proceso de victimización. Además, algunas de ellas habían sido víctimas de maltrato en el pasado y ya habían recibido asistencia por ello, lo que presumiblemente podía influir en su situación actual. Una limitación relacionada está referida a la crítica que a veces se ha hecho a los estudios con poblaciones clínicas en las que se ha encontrado que los datos de prevalencia de determinados problemas de salud son mucho más elevados en comparaciones con los estudios desarrollados con población general, las cuales, por otro lado, son muestras a las que resulta difícil acceder y, por tanto, son investigaciones complicadas de llevar a cabo. De hecho, a menudo se ha citado en la bibliografía especializada la dificultad para obtener datos reales sobre la prevalencia del maltrato a la mujer por su pareja, ya que este es un fenómeno que ocurre en la intimidad de los hogares y, por tanto, no se conocen los datos reales en ninguno de los países. Además, el estigma social que supone ser víctima

de este tipo de violencia hace que se oculte más aún la realidad de este fenómeno. Todo ello lleva a que la investigación con mujeres maltratadas por su pareja, ya sea con muestras clínicas o de la población general, sea una tarea muy difícil de desarrollar que requiere del esfuerzo de la comunidad científica y de la concienciación social para un mayor avance en su conocimiento.

El hecho de que la mayoría de los datos recogidos sean retrospectivos también supone una limitación, ya que la memoria de los individuos no es infalible lo que puede restar exactitud a algunas de las informaciones. Además, puede ser empleada consciente o inconscientemente de forma que modifique la información final. Esta dificultad puede ser más evidente en el caso de las mujeres maltratadas evaluadas que habían sido víctima de violencia hacía más tiempo. Sin embargo, como se ha podido observar, muchas habían sufrido el último episodio de maltrato en el último año.

Otra limitación de este estudio está relacionada con la forma de evaluación de las mujeres maltratadas de la población general. En este caso, la evaluación no fue tan dirigida ni en las mismas circunstancias que la muestra clínica ya que no se esperaba encontrar un índice tan alto de mujeres maltratadas en la muestra de la población general, por lo que no se pudo incidir en la importancia de su respuesta en determinadas pruebas. Ese es el caso, por ejemplo, de la evaluación del TEPT en cuyo instrumento se dio una importante ausencia de respuesta en las mujeres maltratadas de la población general, siendo solo 36 las mujeres que respondieron al instrumento de las 87 que constituyen este grupo. En todo caso, también es posible que el no responder a dicho cuestionario fuese porque consideraban que no habían sufrido ningún suceso traumático.

Por otro lado, los datos referentes a los maltratadores provienen del informe de las mujeres víctimas. Esto puede suponer una dificultad para la valoración de la información obtenida. Los estudios realizados sobre la exactitud de la información en este tipo de violencia de género muestran que, mientras que los maltratadores tienden a distorsionar así como a minimizar lo sucedido, desmentir y buscar excusas que le reduzca su responsabilidad de los hechos, las mujeres víctimas, suelen auto-inculparse y negar o desmentir, rehusando de su rol de mujer maltratada (Stith et al. 2000). A su vez, supone una dificultad añadida el hecho de que algunas mujeres desconozcan información de sus parejas o exparejas, como puede ser el consumo de drogas y alcohol

por parte de la pareja o, en el caso de las mujeres separadas o divorciadas, datos como, por ejemplo, la situación laboral actual o el estado de salud de quienes fueron sus maltratadores.

Por último, y a raíz de todo lo expuesto anteriormente, se señala la importancia de esta investigación en El Salvador, un país donde la concienciación social al respecto aún no ha terminado de despertar, el gobierno no responde suficientemente y las asociaciones de mujeres cuentan con escasas ayudas que apenas les permite llevar a cabo sondeos que ofrezcan estadísticas aproximadas. Además, existe una gran escasez de recursos en este sentido con lo que, en muchas ocasiones, no se puede asistir a las víctimas. La falta de recursos también impide llevar a cabo investigaciones de este tipo y conocer las consecuencias negativas que, a nivel físico y psicológico, el maltrato produce en estas mujeres. La situación política y social de este país, por otro lado, conlleva a su vez que la fuerte ola de violencia que padece su sociedad camufle este otro tipo de violencia y que posicione a las mujeres en la situación más desfavorecida. De esta forma, la publicación de los resultados de esta investigación permitiría, en primer lugar, hacer más consciente de la gravedad del problema, tanto a los responsables de las políticas sociales como a la población general, y de la necesidad de la búsqueda de soluciones. En segundo lugar, reportaría un mayor conocimiento del fenómeno de la violencia contra las mujeres y las consecuencias en su salud física y mental que supone tanto en El Salvador, como en otros países de Latinoamérica donde este fenómeno está aún por investigar, por lo que podría suponer una información necesaria para otros investigadores del continente. En tercer lugar, podría ser útil para diseñar programas de intervención específicos que constituirían una herramienta para las asociaciones y demás instituciones que trabajan con este tipo de población. Y, finalmente, también podría constituir una señal de alerta para concienciar a los responsables de las políticas sociales de la necesidad de diseñar medidas de atención y protección a las víctimas.

Pero son aún muchas las cuestiones sin responder por lo se hacen necesarias investigaciones futuras. Dada la magnitud del problema de la violencia contra las mujeres que se evidencia, y las graves consecuencias para su salud física y mental que se desprenden de los resultados de este trabajo, se considera oportuno continuar la investigación con muestras más amplias y muestras procedentes de la población general donde el problema aún sigue muy oculto. Por otro lado, el hecho de que las mujeres

maltratadas de la población general respondieran que no eran víctimas de violencia por parte de sus parejas cuando se les preguntó directamente por ello y a pesar de que algunas de ellas señalaron que sufrían niveles graves de maltrato incluso físico y sexual, es una cuestión que se plantea a raíz de los resultados y que resulta interesante indagar en futuras investigaciones. A su vez, los resultados referidos a las diferencias encontradas en algunos indicadores de salud de este grupo respecto al grupo de la muestra clínica, hace necesario continuar la investigación para determinar hasta que punto influye el entorno y ciertas características sociodemográficas en estos indicadores de salud, y cuáles de estas variables sociodemográficas, así como el tipo e intensidad del maltrato y el tiempo transcurrido desde la experiencia de violencia, pueden funcionar como factor protector o modulador de las consecuencias en la salud. Del mismo modo, estudios encaminados a buscar estrategias terapéuticas para asistir a las víctimas, que en este caso son las mujeres maltratadas y sus hijos e hijas, resulta de carácter urgente.



## 14. CONCLUSIONES

---

Las conclusiones que se extraen de este trabajo de investigación se pueden resumir de la siguiente forma:

1.- Las características sociodemográficas de las mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador son muy diversas dándose dicha violencia en mujeres de edades muy variadas, con diverso nivel educativo, laboral, de ingresos, estatus marital, y en las que tienen y no tienen hijos e hijas, si bien esta última circunstancia parece ser menos común. Y, aunque parece asociarse a una mayor precariedad laboral, las características sociodemográficas difieren en buena medida si la muestra es clínica o de la población general.

2. Las mujeres de la muestra clínica, que también son víctimas de un maltrato de la pareja más intenso y sufren con mayor frecuencia maltrato físico y sexual junto al psicológico, tienen una media de edad más alta, mayor número de hijos, niveles educativos más bajos, empleos menos cualificados y son, con más frecuencia, dependientes económicamente, generalmente aunque no de forma exclusiva, de sus parejas o ex parejas. Es menos frecuente que estas mujeres tengan vivienda propia y que residan con la pareja agresora. Además, es más común que procedan de zonas rurales y marginales. En estas mujeres existe una cierta tendencia a sufrir un maltrato físico y sexual de su pareja más intenso cuando tienen mayor número de hijos y menor nivel de estudios. Sus parejas tienen niveles educativos más bajos y trabajos menos cualificados que las parejas que maltratan a las mujeres de la población general y que los hombres que no ejercen dicha violencia. Además, dichos hombres maltratadores tienen peor salud y consumen más alcohol, drogas y tabaco que los de la población general, sean o no violentos con su pareja.

Todo ello indica que pertenecer a clases sociales más bajas puede estar relacionado con sufrir mayor maltrato por parte de la pareja y ser más dependientes económicamente de ella, pero no con la ocurrencia o no del maltrato. Y, a su vez, ciertas características sociodemográficas, tales como el mayor nivel de estudios o tener menor número de hijos, parece funcionar en alguna medida como variables protectoras de la intensidad del maltrato físico y sexual en este tipo de muestra; y el disponer de apoyo social instrumental se asocia, aunque en escasa medida, con un maltrato psicológico

---

menos intenso. Por el contrario, el apoyo social emocional no parece ejercer un papel protector del maltrato de la pareja en las mujeres de la muestra clínica, aunque sí se asocia con un maltrato menos intenso en las mujeres maltratadas de la población general.

3.- En relación a ciertas características de los maltratadores y, según los resultados encontrados, se puede afirmar que lo más común es que los hombres que maltratan a sus parejas no tengan problemas de salud, siendo muy infrecuentes los problemas psicológicos o psiquiátricos. Tampoco se puede explicar dicho maltrato a la pareja por el consumo de alcohol, tabaco y/o drogas ya que este consumo estuvo ausente en muchos de ellos. Además, en la población general, ninguna de dichas variables diferenciaba a los hombres que maltrataban a su pareja de los que no ejercían tal violencia. Sin embargo, en la muestra clínica el consumo de bebidas alcohólicas se asociaba con mayor intensidad de los tres tipos de maltrato a la pareja y el consumo de drogas se asociaba con un maltrato físico y psicológico más intenso.

4.- El impacto que el maltrato a la mujer por parte de su pareja tiene en la salud de los hijos e hijas es muy variable siendo mucho más acusado en la muestra clínica, en la que predominan mujeres maltratadas víctimas de una violencia más grave y de clases sociales más bajas. Pero también en las mujeres de la población general la intensidad del maltrato físico y psicológico a la mujer por su pareja se asocia de forma estadísticamente significativa con el número de enfermedades de los hijos e hijas.

5.- La intensidad y patrón de maltrato por parte de la pareja parece diferir según se trate de muestras clínicas o comunitarias. Aunque hay mucha variabilidad intragrupo, en las mujeres de la muestra clínica lo más frecuente es que sufran los tres tipos de maltrato por parte de su pareja: físico, psicológico y sexual. Por el contrario, muchas de las mujeres maltratadas por su pareja de la población general solo son maltratadas psicológicamente, aunque casi la tercera parte sufre también maltrato psicológico y sexual, que es muy intenso en algunos casos.

6.- Los datos de la muestra clínica evidenciaron que, aunque se da variabilidad, lo más común es que el maltrato empiece a producirse a edades tempranas y durante los primeros años de la relación de pareja. Algunos de los agresores también comienzan a maltratar a su pareja desde muy jóvenes, aunque también hay mucha variabilidad en la edad del hombre cuando empieza a maltratar a su pareja. Y, aunque los coeficientes de

correlación eran muy bajos, se encontró que las mujeres que sufrieron el maltrato de su pareja durante más años tenían mayor número de enfermedades y consumían más medicamentos, si bien informaban de menor estrés actual. También se encontró una cierta asociación entre el tiempo pasado desde el último episodio de maltrato de la pareja y la sintomatología de ansiedad e insomnio y disfunción social, los factores de autoestima, apoyo social emocional y consumo de medicamentos mostrando las mujeres de la muestra clínica que habían sido maltratadas más recientemente más síntomas de ansiedad y mayor disfunción social, menor autoestima y confianza en sí misma, menor apoyo emocional y menor consumo de medicamentos.

7.- Las mujeres maltratadas de la muestra clínica, que sufren un maltrato más intenso y que es más común que también sean maltratadas de forma física y sexual, y procedan de clases sociales más bajas, tienen peor salud física, consumen más medicamentos y tienen con más frecuencia trastorno por estrés postraumático. Además, tienen más sintomatología de depresión grave, ansiedad e insomnio, síntomas somáticos, y disfunción social que el resto de las mujeres, sean o no maltratadas por su pareja. También informan de más estrés crónico y contrariedades diarias que el resto de las mujeres, teniendo la autoestima más baja y menor confianza en sí mismas.

9.- Más de la mitad de las mujeres de la muestra clínica y poco más de la cuarta parte de la muestra de mujeres maltratadas de la población general sufren TEPT, mientras que solo el 3% de las mujeres no maltratadas tiene dicho trastorno. La severidad de la sintomatología TEPT es alta en muchas de las mujeres maltratadas y se asocia con la intensidad del maltrato sufrido en ambas muestras de mujeres maltratadas por su pareja. No existen diferencias estadísticamente significativas en la intensidad de los síntomas entre dichos grupos, aunque ambos grupos de mujeres maltratadas por su pareja puntúan, de forma estadísticamente significativa, más alto en los síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación que las mujeres de la población general que no son maltratadas por su pareja. Por último, el paso del tiempo desde el último episodio de maltrato parece ser independiente de la probabilidad de tener TEPT, al menos en la muestra clínica.

10.- Experimentar violencia por parte de la pareja se relaciona también con sufrir sintomatología de depresión grave. Y la severidad de los síntomas de depresión se asocian con haber sufrido un maltrato físico, psicológico y sexual más intenso.

11.- La intensidad del maltrato psicológico de la pareja se asocia con la baja autoestima e inseguridad de la mujer maltratada así como con su disfunción social, y la intensidad del maltrato sexual se asocia con la sintomatología de ansiedad e insomnio y con disfunción sexual. Además, en las mujeres de la población general, la intensidad del maltrato físico se asocia también, aunque en escasa medida, con su baja autoestima e inseguridad y con disfunción social. Y la intensidad del maltrato físico, psicológico y sexual se asocia con menor confianza en sí misma, aunque solo en las mujeres de la población general que son maltratadas por su pareja.

12.- Las mujeres maltratadas por su pareja perciben menos apoyo social, tanto emocional como instrumental que las mujeres no maltratadas por su pareja. Pero también hay diferencias estadísticamente significativas en la percepción de ambos tipos de apoyo social entre los dos grupos de mujeres maltratadas por su pareja, siendo las mujeres que sufren un maltrato más intenso y que proceden de clases sociales más bajas (muestra clínica) las que tienen menor apoyo social. Son sus hijos e hijas, algún confidente y su padre o su madre las fuentes de apoyo más frecuentes en estas mujeres.

En conclusión, las mujeres maltratadas por su pareja tienen peor salud física y psicológica y menor apoyo social, pero estos indicadores de mala salud son más intensos y numerosos en las mujeres de la muestra clínica de este estudio que, por lo general, sufren un maltrato más intenso, siendo más común que también sean maltratadas física y sexualmente, y tienen peores condiciones socioeconómicas y laborales. Pero la sintomatología depresiva y de estrés postraumático, así como la baja autoestima y confianza en sí misma y el escaso apoyo social emocional e instrumental de las mujeres se asocia con el maltrato de su pareja, tanto en la muestra clínica como en la de la población general.



---

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Agoff, C., Rajsbaum, A. y Herrera, C. (2006). Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud Pública de México*, 48, 307-314.
- Aguilar, R. y Nightingale, N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9, 35-45.
- Alao, A. A. (2006). Lack of mutual respect in relationship. The endangered partner. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087, 311-319.
- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Alexander, P. C., Moore, S. y Alexander, E. R. (1991). What is transmitted in the intergenerational transmission of violence? *Journal of Marriage and the Family*, 53, 657-668.
- American Psychiatric Association (2007). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Barcelona: Elsevier Masson. APA
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 227-246.
- Asociación de Mujeres por la Dignidad y la Vida (2006, Marzo). *Violencia en contra de las mujeres a través de la prensa*. San Salvador, El Salvador: Deras, D. A., Trejo, M. T. y Rosa, C.
- Avakame, E. F. (1998). Intergenerational transmission of violence and psychological aggression against wives. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 30, 193-202.
- Bailey, J. E., Kellermann, A. L., Somes, G. W., Banton, J. G., Rivara, F. P. y Rushforth, N. P. (1997). Risk factor for violent death of women in the home. *Archives of Internal Medicine*, 157, 777-782.

- Baires, S. y Vega, L. (2005). Pobreza, género y desarrollo en el posconflicto salvadoreño. *Estudios Centroamericanos*, 681-682, 613-629.
- Bandura, A., Ross, D. y Ross, S. A. (1961). Transmission of aggression through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582.
- Bassuk, E., Dawson, R. y Huntington, N. (2006). Intimate partner violence in extremely poor women: Longitudinal patterns and risk markers. *Journal of Family Violence*, 21, 387-399.
- Bauer, H. M., Rodríguez, M. A. y Pérez-Stable E. J. (2000). Prevalence and determinants of intimate partner abuse among Public Hospital Primary Care patients. *Journal of General Internal Medicine*, 15, 811-817.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment. An ecological integration. *American Psychologist*, 35, 320-335.
- Bennett, L. y O'Brien P. (2007). Effects of coordinated services for drug-abusing women who are victims of intimate partner violence. *Violence Against Women*, 13, 395-411.
- Berk, R., Fenstermaker, S., Loseke, D. y Rauma, D. (1983). Mutual combat and other family violence myths. En D. Finkelhor, R. Gelles, G. Hotaling y M. Straus (Eds.), *The dark Side of Families. Current Family Violence Research* (pp. 197-212). Beverly Hills: Sage Publications.
- Black, D. A., Schumacher, J. A., Smith, A. M. y Heyman, R. E. (1999). *Partner, child abuse risk factor literature review*. National Network on Family Resiliency, National Network for Health. Recuperado el 15 de Noviembre de 2006 de: [www.nnh.org/risk](http://www.nnh.org/risk).
- Bosch, E. y Ferrer, V. (2002). *La voz de las invisibles. Las víctimas de un mal amor que mata*. Universidad de Valencia: Ediciones Cátedra.
- Bosch, E. y Ferrer, V. (2003). Maltrato de mujeres y misoginia: Estudio empírico de un posible factor explicativo. *Anuario de Psicología*, 34, 215-234.

- Breslau, N. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma: The posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*, 48, 902-909.
- Brewster, M. P. (2002). Domestic violence theories, research, and practice implications. En A. R. Roberts (Ed.), *Handbook of domestic violence. Intervention, strategies, policies, programs, and legal remedies*. Oxford: Oxford University Press.
- Browne, A., Salomon, A. y Bassuk, S. S. (1999). Impact of recent partner violence on poor women's capacity to maintain work. *Violence against women*, 5, 393-426.
- Buchbinder, E. y Eisikovits, Z. (2003). Battered women's entrapment in shame. A phenomenological study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73, 355-366.
- Burch, R. L. y Gallup, G. G. Jr. (2004). Pregnancy as a stimulus for domestic violence. *Journal of Family Violence*, 19, 243-247.
- Burke, J. G., Thieman, L. K., Gielen, A. C., O'Campo, P. y McDonnell, K. A. (2005). Intimate partner violence, substance use and HIV among low-income women. Taking a closer look. *Violence Against Women*, 9, 1140-1161.
- Buvinic, M., Morrison, A. y Orlando, M. B. (2005). Violencia, crimen y desarrollo social en América Latina y el Caribe. *Papeles de Población*, 43, 167-214.
- Buvinic, M., Morrison, A. y Shifter, M. (1999). *Violence in Latin America y Caribbean: a framework for action*. Washington, DC: Inter-American Development Bank.
- Bybee, D. I. y Sullivan, C. (2002). The process thought which and advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time. *American Journal of Community Psychology*, 30, 103-132.
- Caetano, R., Cunradi, C. B, Schafer, J. y Clark, C. L. (2000). Intimate partner violence and drinking among white, black and Hispanic couples in the U.S. *Journal of Substance Abuse*, 11, 123-138.
- Caetano, R., Schafer, J., Clark, C. L., Cunradi, C. B. y Raspberry, K. (2000). Intimate partner violence, acculturation among hispanic couples in the United States. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 30-45.



- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19, 446-451.
- Campbell, J. C. (1998). Abuse during pregnancy: progress, policy and potential. *American Journal of Public Health*, 88, 185-187.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
- Campbell, J. C. y Soeken, K. L. (1999). Women's responses to battering: a test of the model. *Research in Nursing & Health*, 22, 49-58.
- Campbell, J. C., García-Moreno, C. y Sharps, P. (2004). Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. *Violence Against Women*, 10, 770-789.
- Campbell, J. C., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P. y Gielen, A. C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157-1163
- Campbell, J. C., Miller, P., Cardwell, M. y Belknap, R. (1994). Relationship status of battered women over time. *Journal of Family Violence*, 9, 99-111.
- Cascardi, M. y O'Leary, K. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 249-259.
- Cascardi, M., O'Leary, K. D. y Schlee, K. A. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14, 227-249.
- Castro, R. y Riquer, F. (2003). La investigación sobre violencia contra las mujeres en América Latina: entre el empirismo ciego y la teoría sin datos. *Cadernos de Saúde Pública*, 19, 135-146.
- Centro Reina Sofía (2008a). *Estadísticas. Femicidios de Pareja*. Recuperado el 4 de Septiembre de 2008 de: <http://www.centroreinasofia.es/femicidios.asp>.
- Centro Reina Sofía (2008b). *Leyes y Planes de Acción sobre Violencia*. Recuperado el 16 de Septiembre de 2008 de: <http://www.centroreinasofia.es/leyes.asp?prog=Planes%20Acción%20Mujer>.

- Cevallo, R., Ramírez, C., Castillo, M., Caballero, G. A. y Lozoff, B. (2004). Domestic violence and women's mental health in Chile. *Psychology of Women Quarterly*, 28, 298-308.
- Clark, A. H. y Foy, D. W. (2000). Trauma exposure and alcohol use in battered women. *Violence Against Women*, 6, 37-48.
- Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M. R. y McKeown, R. E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9, 451-457.
- Coker, A. L., Weston, R., Creson, D. L., Justice, B. y Blakeney, P. (2005). PTSD symptoms among men and women survivor of intimate partner violence: The role of risk and protective factors. *Violence and victims*, 20, 625-643.
- Corsi, J. (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.
- Cunradi, C. B., Caetano, R. y Schafer, J. (2002). Alcohol-related problems, drug use, and male intimate partner violence severity among US couples. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 26, 493-500.
- Chemtob, C. M. y Carlson, J. G. (2004). Psychological effects of domestic violence in children and their mothers. *International Journal of Stress Management*, 11, 227-244.
- Chornesky, A. (2000). The dynamics of battering revisited. *Affilia: Journal of Women of Social Work*, 15, 480-451.
- Chrisler, J. C. y Ferguson, S. (2006). Violence against women as a public health issue. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087, 235-249.
- Danielson, K. K., Moffitt, T. E., Caspi, A. y Silva, P. A. (1998). Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry*, 155, 131-133.

- Davies, C. A., DiLillo, D. y Martínez, I. G. (2004). Isolating adult psychological correlates of witnessing parental violence: findings from a predominantly latina sample. *Journal of Family Violence, 19*, 377-385.
- Deveci, S. E., Acik, Y., Gulbairak, C, Tokdemir, M. y Ayar, A. (2007). Prevalence of domestic violence during pregnancy in a turkish community. *Southeast Asian Journal of Tropical Medicine and Public Health, 38*, 754-760.
- Dixon, L., Hamilton-Giachritsis, C., Browne, K. y Ostapuik, E. (2007). The co-occurrence of child and intimate partner maltreatment in the family: Characteristics of the violent perpetrators. *Journal of Family Violence, 22*, 675-689.
- Dobash, R. E. y Dobash, R. P. (1979). *Violence against wives: A case against the Patriarchy*. New York: Free Press.
- Dobash, R. P., Dobash, R. E., Wilson, M. y Daly, M. (1992). The myth of sexual symmetry in marital violence. *Social Problems, 39*, 71-91.
- Domínguez, J. M., García, P. y Cuberos, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de Psicología, 24*, 115-120.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Edwards, V. J. y Williamson, D. F. (2002). Exposure to abuse, neglect and household dysfunction among adults who witnessed intimate partner violence as children: implications for health and social services. *Violence and Victims, 17*, 3-17.
- Dude, A. (2007). Intimate partner violence and increased lifetime risk of sexually transmitted infections among women in Ukraine. *Studies in Family Planning, 38*, 89-100.
- Dutton, D. G. (1988). *The domestic assault of women*. Boston: Alyn y Bacon, Inc.
- Dutton, D. G. (1999). Traumatic origins of intimate rage. *Aggression and Violent Behaviour, 4*, 431-447.
- Dutton, D. G. y Golant, S. (1995). *El golpeador. Un perfil psicológico*. Buenos Aires: Paidós.

- Dutton, D. G. y Painter, S. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology*, 6, 139-155.
- Dutton, D. G. y Painter, S. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 614-622.
- Dutton, D. G. y Starzomski, A. J. (1993). Borderline personality in perpetrators of psychological and physical abuse. *Violence and Victims*, 8, 327-337.
- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and healing the battered woman*. Nueva York: Springer.
- Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A. y Krause, E. D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 955-968.
- Echeburúa, E. (1994). Trastornos de personalidad: conceptos, clasificación y evaluación. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades violentas* (pp. 39-54). Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2003). Introducción. En E. Echeburúa & P. Corral (Eds.). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. Aspectos teóricos. En E. Echeburúa & P. Corral (Eds.). *Manual de violencia familiar* (pp. 73-90). Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y modificación de conducta*, 24, 527-555.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2000). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático. In J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M.P. González (Eds.). *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona: Masson.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Sarasúa, B. y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: Un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-9.

- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2003). Mujeres víctimas el maltrato. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 11-60). Madrid: Siglo XXI Editores.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Corral, P. (2008). ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 355-382.
- Edleson, J. (1999). Children's witnessing of adult domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 839-870.
- EI-Bassel, N., Gilbert, L., Wu., E., Chang, M. y Fontdevila, J. (2007). Perpetration of intimate partner violence among men in methadone treatment programs in New York city. *American Journal of Public Health*, 97, 1230-1232.
- EI-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., Go, H. y Hill, J. (2005). Relationship between drug abuse and intimate partner violence: A longitudinal study among women receiving methadone. *American Journal of Public Health*, 95, 465-470.
- Ellsberg, M. C. (1999). Domestic violence and emotional distress among nicaraguan women. Results from a population-based study. *American Psychologist*, 54, 30-36.
- Ellsberg, M. C. (2006). Violence against women: A global public health crisis. *Scandilavian Journal of Public Health*, 34, 1-4.
- Ellsberg, M. C., Liljestrand, J. y Winkvist, A. (1997). The nicaraguan network of women against violence: using research and action for change. *Reproductive Health Matters*, 10, 82-92.
- Ellsberg, M. C., Caldera, T., Herrera, A., Winkvist, A. y Kullgren, G. (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. Results from a population-based study. *American Psychologist*, 54, 30-36.

- Ellsberg, M. C., Jansen, H. A. F. M., Heise, L. Watts, C. H. y García-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO-multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, *371*, 1165-1172.
- Ellsberg, M. C., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J. y Winkvist, A. (1999). Wife abuse among women of childbearing age in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, *89*, 241-244.
- Ellsberg, M. C., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J. y Winkvist, A. (2000). Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*, *51*, 1595-1610.
- Evans, S. E., Davies, C. y DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, *13*, 131-140.
- Fariña, F., Villar, R. y Suárez, A. (2004). Intervención con familias que sufren violencia doméstica: adquisición de destrezas básicas para aceptar y superar la separación conyugal en maltratados/as. En R. Arce, F. Fariña, M. Novo, A. Egido, J. Ardoino y G. Verger (Eds.). *La pensée critique en éducation* (pp. 348-361). Santiago de Compostela: Universidad Santiago de Compostela.
- Faulkner, K., Stoltemberg, C. D., Logen, R., Nolder, M. y Shooter, E. (1992). Cognitive-behavioral treatment for male spouse abusers. *Journal of Family Violence*, *7*, 35-55.
- Fergusson, D. M. y Horwood, L. J. (1998). Exposure to interparental violence in childhood and psychosocial adjustment in young adulthood. *Child Abuse and Neglect*, *22*, 339-357.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratados en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, *23*, 151-180.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2005). Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, *31*, 451-475.

- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20, 193-198.
- Ferrer, V. y Bosch, E. (2000). Violencia de género y misoginia: Reflexiones psicosociales sobre un posible factor explicativo. *Papeles del Psicólogo*, 75, 13-19.
- Ferrer, V. y Bosch, E. (2004). Violencia contra las mujeres. En E. Barberá e I. Martínez (Coord.). *Psicología y Género* (pp. 242-270). Madrid: Pearson Educación.
- Field, C. A., Caetano, R. y Nelson, S. (2004). Alcohol and violence correlated cognitive risk factors associated with the perpetration of intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 19, 249-253.
- Fikree, F. F. y Bhatti, L. I. (1999). Domestic violence and health of Pakistani women. *International Journal of Gynecology and Obstetric*, 65, 195-201.
- Finlinson, H. A., Oliver-Vélez, D., Deren, S., Cant, J. G. H., Colón, H. M., Robles, R. R. y Andía, J. F. (2003). Puerto Rican drug users' experiences on physical and sexual abuse. Comparisons based on gender and developmental stage. *Violence Against Women*, 9, 839-858.
- Fischbach, R. L. y Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science and Medicine*, 45, 1161-1176.
- Follingstad, D. R., Rutledge, L. L., Berg, B., House, E. S. y Polck, D. S. (1990). The role of emotional abuse in physical abusive relationship. *Journal of Family Violence*, 5, 107-120.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. J. y Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 17, 90-95.
- Fontanil, Y., Médez-Valdivia, M., Cuesta, M., López, C., Rodríguez, F. J., Herrero, F. J. y Ezama, E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema*, 14, 130-138.

- Foran, H. M. y O'Leary, K. D. (2008). Problem drinking, jealousy, and anger control: variables predicting physical aggression against a partner. *Journal of Family Violence, 23*, 141-148.
- Galvani, S. (2006). Alcohol and domestic violence. Women's Views. *Violence Against Women, 12*, 641-66.
- Garaizabal, C. y Vázquez, N. (1994). *El dolor invisible. Una experiencia de grupos de auto-ayuda con mujeres salvadoreñas*. Madrid: Talasa.
- Gavorit, M. (2005). Los senderos del poder: Violencia en contra de las mujeres. *Estudios Centroamericanos, 681-682*, 678-698.
- Gerber, M. R., Wittenberg, E., Ganz, M. L. Williams, C. M. y McCloskey, L. A. (2007). Intimate partner violence exposure and change in women's physical symptoms over time. *Journal of General Internal Medicine, 23*, 64-69.
- Gibbons, P., Flores, H. y Mónico, M. (2004). Assessment of the factor structure and reliability of the 28 item version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in El Salvador. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 4*, 389-398.
- Gil-González, D., Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C. y Latour-Pérez, J. (2006). Alcohol and intimate partner violence: do we have enough information to act? *European Journal of Public Health, 16*, 278-284.
- Gleason, W. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence and Victims, 8*, 53-68.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9*, 139-145.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14*, 99-132.
- Goode, W. J. (1971). Force and violence in the family. *Journal of Marriage in the Family, 33*, 624-636.
- Goodman, L.A., Koss, M.P. y Russo, N.F. (1993). Violence against women: Physical and mental health effects. *Applied & Preventive Psychology, 2*, 79-89.



- Griffing, S., Lewis, C. S., Chu, M., Sage, R. E., Madry, L. y Primm, B. J. (2006). Exposure to interpersonal violence as a predictor of PTSD symptomatology in domestic violence survivors. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 936-954.
- Hattendorf, J., Ottens, A. J. y Lomax, R. G. (1999). Type and severity of abuse and posttraumatic stress disorder symptoms reported by women who killed abusive partners. *Violence Against Women, 5*, 292-312.
- Hazen, A. L. y Soriano, F. I. (2007). Experiences with intimate partner violence among latina women. *Violence Against Women, 13*, 562-582.
- Heaton, T. B. y Forste, R. (2008). Domestic violence, couple interaction and children's health in Latin America. *Journal of Family Violence, 23*, 183-193.
- Heise, L. (1997). La violencia contra la mujer. Organización global para el cambio. En J. L. Edleson y Z. C. Eisikovits (Coords.). *Violencia doméstica: la mujer golpeada y la familia* (pp. 19-58). Barcelona: Granica (Edición inglesa, 1996).
- Heise, L. (1998). Violence against women. An integrated, ecological framework. *Violence Against Women, 4*, 262-290.
- Heise, L., Ellsberg, M. y Gottemoeller, M. (1999). *Ending violence against women. Population Reports, Series, L. n° 11*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health.
- Heise, L. y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi y R. Lozano (Eds.). *World report on violence and health* (pp. 87-113). Ginebra: World Health Organization.
- Heise, L. y García-Moreno, C. (2003). La violencia en la pareja. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi y R. Lozano (Eds.). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud* (pp.96-131). Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Herrenkohl, T. I., Sousa, C., Tajima, E. A., Herrenkohl, R. C. y Moylan, C. A. (2008). Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma, Violence and Abuse, 9*, 84-99.

- Herrera, M. (1999). La lucha contra la violencia hacia la mujer. En A. D'Angelo y S. Heumann (Eds.). *Mal tratar de hacer pareja* (pp. 15-28). Nicaragua: Imprimátur.
- Hirigoyen, M. F. (2006). *Mujeres maltratadas. Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona: Paidós.
- Homans, G. (1961). *Social behavior: Its elementary forms*. New York: Harcourt Brace.
- Hotaling, G. y Sugarman, D. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and victims, 1*, 101-124.
- Hume, M. (2004). "It's as if you don't know because you don't do anything about it": gender and violence in El Salvador. *Environment and Urbanization, 16*, 63-72.
- Hume, M. (2008). The myths of violence: gender, conflict and community in El Salvador. *Latin American Perspectives, 35*, 59-76.
- Ingram, E. M. (2007). A comparison of help seeking between latino and non-latino victims of intimate partner violence. *Violence Against Women, 13*, 159-171.
- Instituto de la Mujer (2007). *Estadísticas. Mujer en cifras*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2007 de: [http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/denuncias\\_tablas.htm](http://www.mtas.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/denuncias_tablas.htm)
- Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2000). *Encuesta. La violencia contra las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la Macroencuesta*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (2005). *La salud de las mujeres en El Salvador: Morbimortalidad*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2006 de: [http://www.isdemu.gob.sv/Principal/OpcionesMenu/Investigaciones/docum/Salud\\_Mujer.pdf](http://www.isdemu.gob.sv/Principal/OpcionesMenu/Investigaciones/docum/Salud_Mujer.pdf)
- Instituto Universitario de Opinión Pública de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas (2005). *La situación de la Mujer en El Salvador*. Recuperado el

16 de Noviembre de 2006 de: <http://www.uca.edu.sv/publica/iudop/2000/boletin2/bol200.htm>

- Isaac, N., Cochran, D., Brown, M. y Adams, S. (1994). Men who batter: Profile from a restraining order database. *Archives of Family Medicine*, 3, 50-54.
- James, S. E., Johnson, J. y Raghavan, C. (2004). "I couldn't go anywhere". Contextualizing violence and drug abuse: A social network study. *Violence Against Women*, 9, 991-1014.
- Kampwirth, K. (1996). The mother of the Nicaraguans: Doña Violeta and the UNO's gender agenda. *Latin American Perspectives*, 23, 67-86.
- Kilpatrick, D. G., Saunders, C. L., Amick-McMullan, A., Best, C. L., Veronen, L. G. y Resnick, H. S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime related posttraumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 199-240.
- Klevens, J. (2007). An overview of intimate partner violence among latinos. *Violence Against Women*, 13, 111-122.
- Koss, M. P., Bailey, J. A., Yuan, N. P., Herrera, V. M. y Lichter, E. L. (2003). Depression and PTSD in survivors of male violence: research and training initiatives to facilitate recovery. *Psychology of Women Quarterly*, 27, 130-142.
- Koss, M. P., Goodman, L. A., Browne, A., Fitzgerald, L. F., Keita, G. P. y Russo, N. P. (1995). *No safe haven. Male violence against women at home, at work, and in the community*. Washington: APA.
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L. y Dutton, M. A. (2006). Role of distinct PTSD symptoms in intimate partner reabuse: A prospective abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 507-516.
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, M. R. y Rincón, P. P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés post-traumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 527-547.

- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica: programa de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Lancaster, L. N. (1992). *Life in hard: Machismo, danger and intimacy of power in Nicaragua*. Los Angeles: University of California Press.
- Larrain, S. H. (1994). *Violencia puertas adentro: La mujer golpeada*. Santiago, Chile: Editorial Universitaria.
- Larrain, S. y Rodríguez, T. (1993). The origins and control of domestic violence against women. En E. Gómez (Ed.), *Gender, women and health* (pp. 184-191). Washington, DC: Pan American Health Organization.
- Lichter, E. L. y McCloskey, L. (2004). The effects of childhood exposure to marital violence on adolescent gender-role beliefs and dating violence. *Psychology of Women Quarterly*, 28, 344-357.
- Lipsky, S. y Caetano, R. (2007). The role of race/ethnicity in the relationship between emergency department use and intimate partner violence: Findings from the 2002 national survey on drug use and health. *American Journal of Public Health*, 97, 2246-2252.
- Logan, T. K., Walker, R., Cole, J., Ratliff, S. y Leukefeld, C. (2003). Qualitative differences among rural and urban intimate partner violence victimization experiences and consequences: A pilot study. *Journal of Family Violence*, 18, 83-92.
- Logan, T. K., Walker, R., Staton, M. y Leukefeld, C. (2001). Substance use and intimate violence among incarcerated males. *Journal of Family Violence*, 16, 93-114.
- Loxton, D., Schofield, M. y Hussain, R. (2006). Psychological health in midlife among women who have ever lived with a violent partner or spouse. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1092-1107.
- Luciak, I. A. (2001). *Después de la revolución: igualdad de género y democracia en El Salvador, Nicaragua y Guatemala*. El Salvador: UCA Editores.

- Lynch, S. M. y Graham-Bermann, S. A. (2000). Woman abuse y self-affirmation. Influences on women self-esteem. *Violence against women*, 6, 178-197.
- Lynch, S. M. y Graham-Bermann, S. A. (2004). Exploring the relationship between positive work experiences and women's sense of self in the context of partner abuse. *Psychology of Women Quarterly*, 28, 159-167.
- Madden, R. M. (1997). Violencia contra la mujer: un procedimiento a mano. *Malabares. Revista Centroamericana de La Corriente*, 6, 24-25.
- Madrigal, L. J. y Tejeda, W. V. (2009). Facing gender-based violence in El Salvador: Contribution from the social psychology of Ignacio Martín-Baró. *Feminism Psychology*, 19, 368-374.
- Magdol, L., Moffitt, T., Caspi, A. y Silva, P. (1998). Developmental antecedents of partner abuse: A prospective-longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 375-389.
- Massolo, A. (2005). Género y seguridad ciudadana: el papel y reto de los gobiernos locales. *Estudios Centroamericanos*, 681-682, 643-658.
- Matud, M. P. (1998). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de las mujeres en Canarias*. Informe del proyecto de investigación. Instituto Canario de la Mujer. Mimeo.
- Matud, M. P. (1999). *Impacto psicológico del maltrato a la mujer: un análisis empírico*. Informe del proyecto de Investigación. Tenerife: Instituto Canario de la Mujer. Mimeo.
- Matud, M. P. (2004a). Autoestima en la mujer: Un análisis de su relevancia en la salud. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 129-140.
- Matud, M. P. (2004b). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401.
- Matud, M. P. (2005). The psychological impact of domestic violence on spanish women. *Journal of Applied Social Psychology*, 35, 2310-2322.
- Matud, M. P. (2007). Domestic abuse and children's health in the Canary Islands, Spain. *European Psychologist*, 12, 45-53.

- Matud, M. P., Aguilera, L., Marrero, R. J., Moraza, O. y Carballeira, M. (2003). El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3, 439-459.
- Matud, M. P., Gutiérrez, A. B. y Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*, 88, 1-9.
- Matud, M. P., Ibáñez, I., Bethencourt, J. M., Marrero, R. J. y Carballeira, M. (2003). Structural differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35, 1919-129.
- Matud, M. P., Marrero, R. J., Carballeira, M., Pérez, M., Correa, M. L., Aguilera, B. y Sánchez, T. (2003). Transmisión intergeneracional de la violencia doméstica. *Psicología Conductual*, 11, 25-40.
- Matud, M. P., Padilla, V. y Gutiérrez, A. B. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*. Madrid: Minerva Ediciones.
- McLeer, S. V. y Anwar, R. (1989). A study of battered women presenting in an emergency department. *American Journal of Public Health*, 79, 65-66.
- McPherson, M., Delva, J. y Cranford, J. A. (2007). A longitudinal investigation of intimate partner violence among mother with mental illness. *Psychiatric Services*, 58, 675-680.
- McWhirter, P. T. (1999). Domestic violence in Chile. *American Psychologist*, 54, 37-40.
- Mertin, P. y Mohr, P. B. (2000). Incidence and correlates of post-traumatic stress disorder in Australian victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 15, 411-422.
- Mihalic, S. W. y Elliot, D. (1997). A social learning theory model of marital violence. *Journal of Family Violence*, 12, 21-47.
- Mills, T. (1984). Victimization and self-esteem. On equating husband abuse and wife abuse. *Victimology*, 9, 254-261.

- Miranda, L., Halperin, D., Limón, F., y Tuñón, E. (1998). Características de la violencia doméstica y la respuesta de las mujeres en una comunidad rural del municipio de Las Margaritas, Chiapas. *Salud Mental, 21*, 19-26.
- Mitchel, R. E. y Hodson, C. A. (1983). Coping with domestic violence: Social support and psychological health among battered women. *American Journal of Consulting Psychology, 11*, 629-654.
- Moffitt, T. E. y Caspi, A. (1998). Annotation: Implications of violence between of intimate partners for child psychologists and psychiatrists. *The Journal of Psychology and Psychiatry, 39*, 137-144.
- Montero, I. y León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 847-862.
- Moreno, F. (1999). La violencia en la pareja. *Revista Panamericana de Salud Pública, 5*, 245-258.
- Nixon, R. D., Resick, P. A. y Nishith, P. (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders, 82*, 315-320.
- O'Campo, P., Kub, J., Woods, A., Garza, M., Snow, A., Gielen, A., Dienemann, J. y Campbell, J. (2006). Depression, PTSD and comorbidity related to intimate partner violence in civilian and military women. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 6*, 99-110.
- O'Leary, K. D. y Schumacher, J. A. (2003). The association between alcohol use and intimate partner violence: Linear effect, threshold effect, or both? *Addictive behaviors, 28*, 1575-1585.
- Orava, T. A., McLeod, P. J. y Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem in women in transition from abusive relationship. *Journal of Family Violence, 11*, 167-186.
- O'Toole, L. L. y Schiffman, J. R. (1997). *Gender violence. Interdisciplinary perspectives*. Nueva York: University Press.

- Organización de Naciones Unidas (1995). *Plataforma de Acción de Beijing y la violencia contra las mujeres*. Recuperado el 16 de Noviembre de 2006 de: <http://www.choike.org/nuevo/informes/3826.html>.
- Organización Mundial de la Salud (1998). *Violencia contra la mujer*. Recuperado el 11 de Noviembre de 2006 de: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/chapter1/es/index.html](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/chapter1/es/index.html)
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2006 de: [http://www.who.int/gender/violence/who\\_multicountry\\_study/summary\\_report/summaryreportSpanishlow.pdf](http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf)
- Organización Panamericana de la Salud (2005). *Género, Salud y Desarrollo en las Américas: Indicadores básicos, 2005*. Recuperado el 24 de Julio de 2006, de <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/GenderBrochure1.htm>
- Oxfam Internacional (2005). *Cambiando el legado de violencia en El Salvador*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2006 de: [http://www.oxfamamerica.org/es/noticias/noticias/salvador\\_legado](http://www.oxfamamerica.org/es/noticias/noticias/salvador_legado)
- Pallitto, C. C., Campbel, J. C. y O'Campo, P. (2005). Is intimate partner violence associated with unintended pregnancy? A review of the literature. *Trauma, Violence and Abuse*, 6, 217-235.
- Pérez del Campo, A. M. (1995). *Una cuestión incomprensible. El maltrato a la mujer*. Madrid: Horas y Horas.
- Pick, S., Contreras, C. y Barker-Aguilar, A. (2006). Violence against women in México. Conceptualization and program application. *Annals New York Academy of Sciences*, 1087, 261-178.
- Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 29, 181-193.



- Ramírez, J. C. y Patiño, M. C. (1997). Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer: un estudio piloto. *Salud Mental, 20*, 5-16.
- Ramírez-Rodríguez, J. C. (2006). La violencia de varones contra sus parejas heterosexuales: realidades y desafíos. Un recuento de la producción mexicana. *Salud Pública de México, 48*, 315-327.
- Ramos, B. M. y Carlson, B. E. (2004). Lifetime abuse and mental health distress among english-speaking latinas. *Affilia, 19*, 239-256.
- Rao, V. (1997). Wife-beating in rural South India: a qualitative and econometric analysis. *Social Science and Medicine, 44*, 1169-1179.
- Rector, N. A. y Roger, D. (1993). Self-concept and emotion-control. Paper presented at the 3<sup>rd</sup> Annual Meeting of the European Congress of Psychology. Helsinki, Finlandia.
- Rector, N. A. y Roger, D. (1996). Cognitive style and well-being: A prospective examination. *Personality and Individual Differences, 21*, 663-674.
- Riggs, D., Caulfield, M. y Street, A. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology, 56*, 1289-1316.
- Rivera-Rivera, L., Allen, B., Chávez-Ayala, R. y Ávila-Burgos, L. (2006). Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. *Salud Pública de México, 48*, 268-278.
- Roberts, G. L., Lawrence, J. M., Williams, G. M. y Raphael, B. (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 22*, 56-61.
- Roberts, G. L., Williams, G. M. y Lawrence, J. M. (1998). How does domestic violence affect women's mental health? *Women & Health, 28*, 117-120.
- Rodríguez, F. J. y Rodríguez, L. (2009). Relaciones violentas en el noviazgo adolescente. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (Eds.). *Violencia de*

- género. Tratado psicológico y legal* (pp. 87-104). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Rodríguez Franco, L., López-Cepero, J. y Rodríguez Díaz, F. J. (2009). Violencia doméstica: una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Psicothema*, 21, 248-254.
- Rodríguez-Bolaños, R. A., Márquez-Serrano, M. y Kageyama-Escobar, M. L. (2005). Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Pública de México*, 47, 134-144.
- Roizen, J. (1993). Issues in the epidemiology of alcohol and violence. En S. E. Martin (Ed.). *Alcohol and interpersonal violence: Fostering multidisciplinary perspectives* (pp. 3-36). Rockville MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Römken, R. (1997). Prevalence of wife abuse in the Netherlands. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 99-125.
- Rose, L. E., Campbell, J. y Kub, J. (2000). The role of social support and family relationships in women's responses to battering. *Health Care for Women International*, 21, 27-39.
- Rosen, D., Seng, J. S., Tolman, R. M. y Mallinger, G. (2007). Intimate partner violence, depression, and posttraumatic stress disorder as additional predictors of low birth weight infants among low-income mothers. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 1305-1314.
- Rosen, K. H., Bartle-Haring, S. y Stith, S. M. (2001). Using Bowen Theory to enhance understanding of the intergenerational transmission of dating violence. *Journal of Family Issues*, 22, 124-142.
- Rothbaum, B. O., Foa, E. B., Riggs, D. S., Murdock, T. y Walsh, W. (1992). A prospective examination of posttraumatic stress disorder in rape victims. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 455-475.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Álvarez-Kindelán, M., Palomo-Pinto, M., Arnalte-Barrera, M., Bonet-Pla, A. et al. (2006). Sociodemographic associations of

- physical, emocional and sexual intimate partner violence in spanish women. *Annals of Epidemiology*, 16, 357-363.
- Sagot, M. (2005). The critical path of women affected by family violence in Latin American. *Violence Against Women*, 11, 1292-1318.
- Salber, P. y Taliaferro, E. (2000). *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario*. Barcelona: Cedes.
- Salomon, A., Bassuk, S. S. y Huntington, N. (2002). The relationship between intimate partner violence and the use of addictive substances in poor and homeless singles mothers. *Violence Against Women*, 8, 785-815.
- Sanmartín, J., Molina, A. y García, Y. (2003). *Informe Internacional 2003. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y Legislación*. Valencia: Diseñarte-Goaprint, s.l.
- Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la Pareja*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En E. Echeburúa (Ed.). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- Saunders, D. G. (1992). A typology of men of batter: three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 264-275.
- Schollemberger, J., Campbell, J., Sharps, P. W., O'Campo, P., Gielen, A. C., Dienermann, J. y Kub, J. (2003). African American HMO enrollers. Theirs experiences with partner abuse and its effect on their health and use of medical services. *Violence Against Women*, 9, 599-618.
- Seijo, D., Fariña, F. y Arce, R. (2009). La violencia doméstica. Repercusiones en los hijos. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela-Casal (Eds.). *Violencia de género. Tratado psicológico y legal* (pp. 119-128). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Indefensión*. Madrid: Debate.
- Sepúlveda, A. (2006). La violencia de género como causa del maltrato infantil. *Cuadernos de Medicina Forense*, 12, 149-164.

- Sharps, P. W., Laughon, K. y Giangrande, S. K. (2007). Intimate partner violence and the childbearing year. Maternal and infant health consequences. *Trauma, Violence and Abuse*, 8, 105-116.
- Sierra, J. C., Ortega, V., Gutiérrez-Quintanilla, J. R., Bermúdez, M. P. y Buela-Casal, G. (2009). Violencia de pareja en mujeres salvadoreñas: Prevalencia y factores sociodemográficos de riesgo. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 18, 115-123.
- Smith, P. H. Thronton, G. E., DeVellis, R., Earp, J. y Coker, A. L. (2002). A population-based study of the prevalence and distinctiveness of battering, physical assault, and sexual assault in intimate relationships. *Violence Against Women*, 8, 1208-1232.
- Stein, M. B. y Kennedy, C. (2001). Major depressive and pos-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders*, 66, 133-138.
- Stith, S. M. y Farley, S. C. (1993). A predictive model of male spousal violence. *Journal of Family Violence*, 8, 183-201.
- Stith, S. M., Rosen, K., Middleton, K. A., Busch, A. L., Lundeberg, K. y Carlton, R. P. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 640-654.
- Stith, S. M., William, M. B. y Rosen, K. (1992). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Editorial Desclée de Brouwer: Bilbao.
- Strauss, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 51, 75-88.
- Street, A. E., King, L. A., King, D. W. y Riggs, D. S. (2003). The associations among male-perpetrated partner violence, wives' psychological distress and children's behaviour problems: a structural equation modelling analysis. *Journal of Comparative Family Studies*, 34, 23-40.
- Tolman, R. M. y Rosen, D. (2001). Domestic violence in the lives of women receiving welfare. Mental health, substance dependence, and economic well-being. *Violence against women*, 7, 141-158.

- Torres, M. (2001). *La violencia en casa*. México: Paidós Croma.
- Tuesca, R. y Borda, M. (2003). Violencia física marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Gaceta Sanitaria*, 17, 302-308.
- Unger, R. y Crawford, M. (1992). *Women and Gender. A Feminist Psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Urquilla, J. (2005). *Análisis del feminicidio en El Salvador: Una aproximación para el debate*. San Salvador: Ormusa.
- Urta, J. (2007). *Mujer creciente. Hombre menguante*. Madrid: La esfera de los libros.
- Valdez-Santiago, R. y Sanín-Aguirre, H. (1996). La violencia doméstica durante el embarazo y su relación con el peso al nacer. *Salud Pública de México*, 38, 352-362.
- Varela, N. (2002). *Íbamos a ser reinas*. Barcelona: Ediciones B, S, A.
- Vázquez, B. (1999). Evaluación psicológica de la mujer maltratada. *Clínica y Salud*, 10, 377-391.
- Villaseñor-Farias, M. y Castañeda-Torres, J. D. (2003). Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45, 44-57.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (2001). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.
- Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row
- Walker, L. E. (1981). A feminist perspective on domestic violence. En R. B. Stuart (Ed.). *Violent behavior*. New York: Brunnel/Mazel, Inc.
- Walker, L. E. (1989). *Terrifying Love*. New York: Harper & Row.

- Walker, L. E. (1991). Posttraumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered women syndrome. *Psychotherapy, 28*, 21-29.
- Walker, L. E. (1994). *Abused women and survivor therapy*. Washington: A.P.A.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and domestic violence around de world. *American Psychologist, 54*, 21-29.
- Walker, L. E. (2006). Battered woman syndrome. Empirical findings. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1087*, 142-157.
- Williams, C. M., Larsen, U. y McCloskey, L. A. (2008). Intimate partner violence and women's contraceptive use. *Violence Against Women, 14*, 1382-1396.
- Williams, S. L. y Mickelson, K. D. (2004). The nexus of domestic violence and poverty: resilience in women's anxiety. *Violence Against Women, 10*, 283-293.
- Wingood, G. M., DiClemente, R. J. y Raj, A. (2000). Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine, 19*, 270-275.
- Woods, A. B., Page, G. G., O'Campo, P., Pugh, L. C., Ford, D. y Campbell, J. C. (2005). The mediation effect of posttraumatic stress disorder symptoms on the relationship so intimate partner violence and IFN- $\gamma$  levels. *American Journal of Community Psychology, 36*, 159-175.
- Woods, S. J. (2000). Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. *Issues in Mental Health Nurses, 21*, 309-324.
- Woods, S. J. (2005). Intimate partner violence and post-traumatic stress disorder symptoms in women. What we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 394-402.
- Woods, S. J. y Iseberg, M. A. (2001). Adaptation as mediator of intimate abuse and traumatic stress in battered women. *Nursing Science Quarterly, 14*, 215-221.
- Woods, S. J. y Wineman, N. M. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder symptoms clusters, and psysical health symptoms in postabused women. *Archives of Psychiatric Nursing, 18*, 26-34.

- Wuest, J., Merritt-Gray, M., Lent, B., Varcoe, C., Connors, A. J. y Ford-Gilboe, M. (2007). Patterns of medications use among women survivors of intimate partner violence. *Canadian Journal of Public Health, 98*, 460-464.
- Yllö, K. y Bograd, M. (Eds.). (1988). *Feminist perspectives on wife abuse*. Newbury Park, CA: Sage.
- Yost, N. P., Bloom, N. L., McIntire, D. D. y Leveno, K. J. (2005). A prospective observational study of domestic violence during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology, 106*, 61-65.
- Zolotor, A. J., Theodore, A. D., Coyne-Beasley, T. y Runyan, D. K. (2007). Intimate partner violence and child maltreatment: overlapping risk. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 7*, 305-321.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emperanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. In Enrique Echeburúa. *Personalidades violentas* (pp. 29-152). Madrid: Pirámide.

# Anexos

---



**HOJA DE RECOGIDA DE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD**

- ¿Considera que está siendo maltratada por su pareja? SI ( ) NO ( )

- ¿Ha pedido ayuda por la violencia de su pareja? SI ( ) NO ( )

NÚMERO \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_ CENTRO \_\_\_\_\_ Tiempo \_\_\_\_\_

DOMICILIO: centro de la ciudad ( ) Periferia "normal" ( ) Periferia residencial ( ) Periferia marginal ( )

Pueblo ( ) Otros: especificar: POBLACIÓN: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL y circunstancias: \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIOS ENTREVISTADA \_\_\_\_\_

PROFESIÓN: \_\_\_\_\_ ACTIVO( ) PARO ( ) OTROS: \_\_\_\_\_

TIPO DE TRABAJO: FIJO ( ) CONTRATADO: TIPO: \_\_\_\_\_

NIVEL DE ESTUDIOS DE LA PAREJA AGRESORA \_\_\_\_\_

PROFESIÓN \_\_\_\_\_ ACTIVO( ) PARO ( ) OTROS: \_\_\_\_\_

TIPO DE TRABAJO: FIJO ( ) CONTRATADO: TIPO: \_\_\_\_\_

Nº DE HIJOS, SEXO Y EDADES \_\_\_\_\_

PROFESIÓN HIJOS \_\_\_\_\_

PERSONAS QUE VIVEN ACTUALMENTE EN EL MISMO HOGAR

(nº y parentesco) \_\_\_\_\_

¿Tiene vivienda propia? \_\_\_\_\_

Otras circunstancias económicas: \_\_\_\_\_

Estado de salud propio: especificar qué enfermedades tiene:

¿Toma algún medicamento? NO ( ) SI: especificar \_\_\_\_\_

Estado de salud de la pareja \_\_\_\_\_

¿Toma algún medicamento? NO ( ) SI: especificar \_\_\_\_\_

Estado de salud de los hijos \_\_\_\_\_

Tratamiento de los hijos \_\_\_\_\_

HÁBITOS ENTREVISTADA:

¿Fuma? NO ( ) SI: Número de cigarrillos al día \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas? NO ( ) SI: especificar \_\_\_\_\_

¿Toma algún tipo de drogas? NO ( ) SI: especificar \_\_\_\_\_

HÁBITOS PAREJA:

¿Fuma? NO ( ) SI: Número de cigarrillos al día \_\_\_\_\_

¿Toma bebidas alcohólicas? NO ( ) SI: especificar \_\_\_\_\_

¿Toma algún tipo de drogas? NO ( ) SI: especificar \_\_\_\_\_

## Anexo 2

## SEQ

A continuación aparecen una serie de afirmaciones. Le pedimos por favor que nos indique con qué frecuencia se identifica con estas frases. Para ello marque con un círculo la opción elegida. Por ejemplo, si considera que *nunca* “se preocupa por lo que piensen sus amigos sobre usted”, rodee con un círculo la letra N. Si por el contrario considera que *siempre* se preocupa, rodee con un círculo la letra S. En el caso de que se preocupe *alguna vez* o *frecuentemente*, rodee con un círculo la letra A o F, respectivamente.

Las opciones de respuesta son:

**N**=Nunca    **A**=Alguna vez    **F**=Frecuentemente    **S**=Siempre

- |  |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|
| 1.- Tengo las ideas muy claras de lo que quiero hacer con mi vida. ....  | N | A | F | S |
| 2.- Me siento satisfecha con mi forma de ser .....   | N | A | F | S |
| 3.- Confío en mi capacidad de juicio. ....   | N | A | F | S |
| 4.- El resto de la gente parece tener mucha más capacidad que yo. ....   | N | A | F | S |
| 5.- Me parece que hasta ahora he conseguido muchas cosas en mi vida. ....  | N | A | F | S |
| 6.- Siento que soy una de esas perdedoras. ....  | N | A | F | S |
| 7.- Tengo muchos pensamientos negativos sobre mí misma .....   | N | A | F | S |
| 8.- Me encanta ser como soy, no me cambiaría por nadie. ....   | N | A | F | S |
| 9.- Estoy siempre castigándome a mí misma. ....  | N | A | F | S |
| 10.- Puedo tomar decisiones por mí misma con facilidad. ....   | N | A | F | S |
| 11.- El resto de la gente parece ser mucho más feliz que yo. ....  | N | A | F | S |
| 12.- Tengo una idea muy clara de quién soy yo. ....  | N | A | F | S |
| 13.- Me siento insegura en relación a mi papel en la vida. ....  | N | A | F | S |
| 14.- A menudo me preocupa equivocarme. ....  | N | A | F | S |
| 15.-Tiendo a ser de las que se pasan la vida imaginando una realidad distinta a la que tengo : “si tuviera...”, “si fuera...” o “si hubiera...”..... | N | A | F | S |
| 16.- Si fuera más segura de mí misma disfrutaría más de la vida. ....  | N | A | F | S |
| 17.-Tiendo a ver el lado negativo de las cosas. ....   | N | A | F | S |
| 18.- Mis amigos/as parecen tener una mayor seguridad en sí mismos/as que yo.....   | N | A | F | S |
| 19.- Parece que a los/as demás les salen mejor las cosas que a mí. ....  | N | A | F | S |

20.- Parece que a mí se me presentan más dificultades que a mis amigos/as. ...N	A	F	S
21.- Me siento segura de mis propias capacidades. ....N	A	F	S
22.- Pienso en mí misma de manera positiva. ....N	A	F	S
23.- Me siento segura. ....N	A	F	S
24.- Me siento completamente inútil .....N	A	F	S
25.- Tengo las mismas posibilidades de éxito que las demás personas .....N	A	F	S

---

**Anexo 3**


---

## AS-M

Las siguientes preguntas se refieren a la presencia de personas que te dan o pueden dar apoyo y/o ayuda en diferentes ocasiones. Por favor, responde en qué medida cuentas o puedes contar con ellas en las siguientes circunstancias, según el código que aparecerá a continuación, y también indica quiénes son las personas que te ayudan o apoyan. Por ejemplo, si *siempre* tienes a alguien que te escucha cuando deseas hablar, rodea con un círculo el número 3. Seguidamente indica quién o quiénes son esas personas.

**0=NUNCA 1=A VECES 2=FRECUEMENTEMENTE 3=SIEMPRE**

1. ¿Tienes alguien que te escuche cuando deseas hablar?..... 0 1 2 3
2. ¿Tienes alguien que te consuele cuando estás triste?..... 0 1 2 3
3. ¿Tienes a quien acudir cuando tienes problemas económicos?..... 0 1 2 3
4. ¿Tienes a quien acudir cuando tienes problemas de trabajo?..... 0 1 2 3
5. ¿Tienes a quien acudir cuando tienes problemas familiares?..... 0 1 2 3
6. ¿Tienes a quien acudir cuando tienes problemas de pareja?..... 0 1 2 3
7. ¿Tienes a alguien con quien puedas ser realmente tú misma?..... 0 1 2 3
8. ¿Puedes contar con alguien que te cuide si lo necesitas?..... 0 1 2 3
9. ¿Cuentas con alguien cuando necesitas ayuda para sentirte más relajada cuando estás bajo presión o tensión?..... 0 1 2 3
10. ¿Tienes con quien salir de casa, si deseas hacerlo?..... 0 1 2 3
11. ¿Tienes quien te de información o te aconseje para resolver tus problemas?..... 0 1 2 3
12. ¿Crees que hay personas que te quieren realmente?..... 0 1 2 3

### APCM

A continuación se presentan una serie de afirmaciones que recogen algunas formas de actuar. e Indique la frecuencia con la que su pareja suele reaccionar, en su relación con usted, de la manera descrita en cada una de las frases. Para ello utilice la siguiente escala marcando con un círculo la frecuencia que usted considere.

**0=Nunca      1= Alguna vez      2= Mitad de las veces      3= Muchas veces      4= Casi Siempre**

Por ejemplo, si usted considera que *a veces* su marido le insulta o hiere delante de otras personas, rodee con un círculo el número 1. Si considera que *nunca* lo hace, rodee con un círculo el 0.

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Menosprecia su apariencia física.....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Le insulta o hiere delante de otras personas.....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Le trata como si fuese tonta.....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Le dice que no podría cuidar de sí misma sin él.....                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Menosprecia como cuida los niños.....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Critica su forma de atender la casa.....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Le recuerda algo del pasado para hacer que se sienta mal.....                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Le chilla.....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Le trata como si fuese inferior.....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. No le habla o actúa como si usted no existiese.....                                      | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. No habla sobre cómo se siente usted.....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Exige obediencia ante sus caprichos.....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Se altera si no está hecho el trabajo de la casa cuando piensa que debería estarlo.....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Actúa como si usted fuera su sirvienta.....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. No reparte de manera justa las tareas de la casa.....                                    | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. No reparte de manera justa el cuidado de los niños.....                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Le da ordenes en todo.....   | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Le controla el tiempo cuando sale y le pide explicación sobre dónde fue.....             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Usa su dinero o toma decisiones económicas importantes sin consultarle.....              | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Tuvo celos de sus amigas.....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. No quiere que estudie o haga actividades que le ayuden a desarrollarse como persona..... | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. No quiere que salga con amigas.....  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Le acusa de tener una aventura amorosa con otra persona.....                             | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Le exige que se quede en casa y cuide de los niños.....                                  | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

25. Intenta que no vea o hable con su familia.....	0	1	2	3	4
26. Interfiere en su relación con otros miembros de la familia.....	0	1	2	3	4
27. Intenta evitar que haga cosas que le puedan ayudar a sí misma.....	0	1	2	3	4
28. No le permite salir de casa cuando usted quiere hacerlo.....	0	1	2	3	4
29. No le deja trabajar fuera de casa.....	0	1	2	3	4
30. Le dice que sus sentimientos fueron ilógicos.....	0	1	2	3	4
31. Le echa la culpa de los problemas que él tiene .....	0	1	2	3	4
32. Le acusa a usted de provocar su conducta violenta.....	0	1	2	3	4
33. Intenta hacer que se sienta como si estuviera loca.....	0	1	2	3	4
34. Le echa a usted la culpa cuando está alterado, aunque no tenga que ver con usted.....	0	1	2	3	4
35. Intenta convencer a sus amigos, familia o hijos de que usted estaba loca.....	0	1	2	3	4
36. Amenaza con quitarle los niños.....	0	1	2	3	4
37. Amenaza con enviarla a un hospital psiquiátrico.....	0	1	2	3	4
38. Le fuerza físicamente a tener relaciones sexuales.....	0	1	2	3	4
39. Le empuja o aparta violentamente.....	0	1	2	3	4
40. Le pega o pellizca en el cuerpo y/o brazos.....	0	1	2	3	4
41. Le amenaza con cuchillos u objetos punzantes.....	0	1	2	3	4
42. Le golpea tan fuerte que necesita asistencia médica.....	0	1	2	3	4
43. Le golpea en la cabeza y/o en la cara.....	0	1	2	3	4
44. Le hace temer por su vida.....	0	1	2	3	4
45. Le golpea la cara tan fuerte que hace que se avergüence de que la vean.....	0	1	2	3	4
46. Actúa como si quisiera matarla.....	0	1	2	3	4
47. Amenaza con herirla o apuñalarla.....	0	1	2	3	4
48. Intenta asfixiarla o estrangularla.....	0	1	2	3	4
49. La tira a usted al suelo y le da patadas .....	0	1	2	3	4
50. Le lanza objetos que le pueden hacer daño .....	0	1	2	3	4
51. Le muerde o araña tan fuerte que sangra o le hace moretones.....	0	1	2	3	4
52. Le tira o hala del pelo.....	0	1	2	3	4
53. Le hace daño cuando tienen relaciones sexuales.....	0	1	2	3	4
54. Le lastima su pecho y/o sus genitales.....	0	1	2	3	4
55. Le pincha o golpea con objetos punzantes.....	0	1	2	3	4
56. Le exige tener relaciones sexuales, lo desee usted o no .....	0	1	2	3	4
57. Se enoja mucho si se muestra en desacuerdo con sus puntos de vista.....	0	1	2	3	4

## ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

A continuación se presentan una serie de enunciados. Conteste a lo que se le pregunta escribiendo en el espacio reservado para ello. Una vez lo haya realizado, siga las instrucciones que aparecen seguidamente.

SUCESO TRAUMÁTICO: \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)?: \_\_\_\_\_

¿Desde cuándo experimenta el malestar?: \_\_\_\_\_

Como puede observar, se presentan una serie de preguntas y usted deberá contestar con qué frecuencia o intensidad se siente así en relación al evento traumático identificado anteriormente. Para ello, utilice la siguiente escala.

- 0=Nunca / Nada=0**
- 1=Una vez por semana o menos / Poco=1**
- 2=De 2 a 4 veces por semana / Bastante=2**
- 3=5 o más veces por semana / Mucho=3**

Por ejemplo, si usted tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso *una vez por semana o menos*, rodee con un círculo el número 1. Si los tiene *5 o más veces por semana*, rodee con un círculo el número 3.

### REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y repetitivos del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos, etc.?..... \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?..... \_\_\_\_\_
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos o sensaciones que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? ..... \_\_\_\_\_
4. ¿Sufre una experiencia dolorosa cuando aparece algo (pensamientos, imágenes, objetos, situaciones, etc.) que simboliza o recuerda algún aspecto del suceso?..... \_\_\_\_\_
5. ¿Siente cambios en su cuerpo (palpitaciones, sudoración, respiración acelerada, etc.) cuando aparece algo (pensamientos, imágenes, objetos, situaciones, etc.) que simboliza o recuerda algún aspecto del suceso?..... \_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN: (Rango 0-15)..... \_\_\_\_\_

**EVITACIÓN**

1. ¿Se ve obligada a realizar esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? ..... \_\_\_\_\_
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que traen a su memoria el recuerdo del suceso?..... \_\_\_\_\_
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? \_\_\_\_\_  
.....
4. ¿Observa una gran disminución de su interés por las cosas o por la participación en actividades importantes? ..... \_\_\_\_\_
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o se siente ajena a los demás? \_\_\_\_\_  
.....
6. ¿Se siente limitada en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? \_\_\_\_\_  
.....
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? \_\_\_\_\_  
.....

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN: (Rango 0-21)..... \_\_\_\_\_

**AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN**

1. ¿Se siente con dificultad para quedarse dormida o mantener el sueño? ..... \_\_\_\_\_
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de cólera?..... \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene dificultades para concentrarse?..... \_\_\_\_\_
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? ..... \_\_\_\_\_
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso? ..... \_\_\_\_\_

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN: (Rango 0-15)..... \_\_\_\_\_

**PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (Rango de 0 a 51)**



**GHQ-28**

Por favor lea cuidadosamente cada pregunta. Nos gustaría saber si usted, ha tenido algunas molestias o trastornos, y como ha estado de salud en las ultimas semanas. Recuerde que se quiere conocer sobre los problemas recientes y actuales, no los que ha tenido en el pasado. Es importante que trate de responder a todas las preguntas. Marque con un circulo la respuesta que a sus juicio se acerca más a lo que siente o ha sentido usted.

**ÚLTIMAMENTE:****1. Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma**

Mejor que lo habitual	Igual que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	-----------------------	----------------------	----------------------------

**2. Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	----------------------------

**3. Se ha sentido agotada y sin fuerzas para nada**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	----------------------------

**4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enferma?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	----------------------------

**5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	----------------------------

**6. ¿Ha tenido sensación de presión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	----------------------------

**7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	----------------------------

**8. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	----------------------------

**9. ¿Ha tenido dificultades para dormir sin interrupción toda la noche?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	----------------------------

**10. ¿Ha podido mantenerse ocupada y activa?**

Más activa que lo habitual	Igual que lo habitual	Algo menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
----------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------------

**11. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?**

Menos tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más tiempo que lo habitual
------------------------------	-----------------------	----------------------------	----------------------------------

**12. ¿Ha tenido la impresión en conjunto de que está haciendo las cosas bien?**

Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
-----------------------	--------------------------	----------------------	----------------------------

**13. ¿Se ha sentido satisfecha con su manera de hacer las cosas?**

Mas satisfecho	Aproximadamente lo mismo	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho
----------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------

**14. ¿Ha sentido que está jugando un papel valioso en su vida?**

Más útil que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
--------------------------	-----------------------	----------------------------	----------------------------------

**15. ¿Se ha sentido incapaz de tomar decisiones?**

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos capaz que lo habitual
---------------------	-----------------------	-----------------------	-----------------------------------

**16. ¿Se ha sentido constantemente agobiada y tensa?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	---------------------------

**17. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?**

Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Algo menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
---------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------------

**18. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorada?**

No, en absoluto	No más que que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	----------------------------	--------------------------	---------------------------

**19. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	---------------------------

**20. ¿Ha tenido la sensación de que todo le viene encima?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	---------------------------

**21. ¿Ha pensado que usted es una persona que no sirve para nada?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	---------------------------

**22. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	---------------------------

**23. ¿Se ha sentido nerviosa y “a punto de explotar”?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	---------------------------

**24. ¿Ha tenido la sensación de que la vida no merece la pena vivirse?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	---------------------------

**25. ¿Ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida?**

Claramente no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
---------------	------------------	-------------------------------	--------------------------

**26. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios alterados?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	---------------------------

**27. ¿Ha notado que desea estar muerta o lejos de todo?**

No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
-----------------	------------------------	--------------------------	---------------------------

**28. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?**

Claramente no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
---------------	------------------	-------------------------------	--------------------------



## HISTORIA Y TIPO DE MALTRATO-R

### 1. Edad a la que comenzó la relación con la pareja que le maltrata:

AÑOS DE LA MUJER cuando comenzó la relación: \_\_\_\_\_

2. ¿Cuándo empezó el maltrato? ¿Qué edad tenía usted? ¿Y su pareja? ¿Qué circunstancias lo desencadenaron?:

EDAD DE LA MUJER AL COMENZAR EL MALTRATO: \_\_\_\_\_

EDAD DEL AGRESOR: \_\_\_\_\_

CIRCUNSTANCIAS DESENCADENANTES DEL PRIMER EPISODIO DE MALTRATO:

3. Tipo de maltrato: (físico, psíquico, abuso sexual) Especificar si usa armas y tipo:

\_\_\_ SÓLO FÍSICO    \_\_\_ SOLO PSICOLÓGICO    \_\_\_ SOLO ABUSO SEXUAL

\_\_\_ FÍSICO Y PSICOLÓGICO

-----FÍSICO Y ABUSO SEXUAL    \_\_\_ PSICOLÓGICO Y ABUSO SEXUAL    \_\_\_ FÍSICO,

PSICOLÓGICO Y SEXUAL    Otros tipos: \_\_\_\_\_

6. Fecha y descripción del último episodio:

FECHA APROXIMADA (ESPECIFICAR AL MENOS MES Y AÑO) \_\_\_\_\_

DESCRIPCIÓN BREVE DEL ÚLTIMO EPISODIO: (ESPECIFICAR TAMBIÉN SI HUBO LESIONES Y TIPO)

¿CUÁL FUE EL MOTIVO DEL MALTRATO?

**MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN**