

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS E IMPACTO PSICOLÓGICO EN MUJERES MALTRATADAS POR SU PAREJA*

M^a. Pilar Matud y Olga Moraza
Universidad de La Laguna

RESUMEN

En este trabajo se analiza el impacto psicológico y la relevancia de los factores sociodemográficos en la salud de las mujeres maltratadas por su pareja. La muestra está formada por 86 mujeres de entre 19 y 67 años (edad media de 40,44 y desviación típica de 10,3) a las que se accedió a través de varios centros de asistencia e información del municipio de Santa Cruz de Tenerife. Encontramos que el 46,5% de las mujeres tenía trastorno de estrés postraumático y la mayoría presentaba síntomas de larga duración de ansiedad e insomnio, síntomas somáticos y depresión. Además, el 85% sentía indefensión. La inseguridad, el estilo de afrontamiento del maltrato de emocionalidad, la intensidad del maltrato psicológico y la baja autoestima predecían el trastorno de estrés postraumático.

PALABRAS CLAVE: mujeres maltratadas, trastorno de estrés postraumático, maltrato físico, maltrato psicológico.

ABSTRACT

The present study examines the psychological impact and the relevance to health of socio-demographic factors in women abused by their partners. The sample was composed of 86 women (mean age = 40.44; SD = 10.3 and range 19-67) contacted through different Women's Assistance and Information Centers in Santa Cruz de Tenerife. 46.5% of the women had a diagnosis of post-traumatic stress disorder and most of the women had long lasting symptoms of anxiety and insomnia, somatic symptoms and depression. 85% of the women also reported helplessness. Post-traumatic stress disorder was predicted by insecurity, an emotional style of coping with abuse, the severity of psychological abuse and low self-esteem.

KEY WORDS: battered women, posttraumatic stress disorder, physical abuse, psychological abuse.

0. INTRODUCCIÓN

Aunque la violencia de género es uno de los fenómenos generalizados más graves de la sociedad, hasta muy recientemente no se ha considerado como un problema global que se extiende a través de diferentes países y regiones, y que afecta



a mujeres de todos los niveles sociales, culturales y económicos¹. Una de las formas más comunes de violencia de género es la inflingida por parte del marido o pareja, y el hecho de que en la mayoría de los casos las mujeres tengan implicaciones emocionales y dependencia económica de su agresor tiene gran relevancia, tanto en la dinámica del abuso como en las formas de tratar el fenómeno². Tradicionalmente, este tipo de violencia se ha mantenido oculto, ya que se le consideraba como un fenómeno «privado» y hasta «normal», ante el cual la víctima sólo podía avergonzarse y del que incluso se la consideraba culpable. Afortunadamente, esta situación está cambiando, la sociedad se está concienciando cada vez más, las instituciones se están implicando en la articulación de medidas paliativas de sus efectos y consecuencias, y las organizaciones de mujeres y de servicios sociales de todo el mundo están presionando a los gobiernos para que reconozcan que la violencia doméstica es un problema prioritario de salud y de derechos humanos³, más que una cuestión psicológica, legal o social⁴.

Pese a ello, aún es un fenómeno que se sigue ocultando, por lo que es muy difícil conocer su prevalencia. En estudios realizados en Canadá y Estados Unidos con muestras representativas se encontró que la incidencia del maltrato a la mujer por parte de una pareja de sexo masculino oscilaba entre el 10,1% y el 14,4%, y las tasas de prevalencia oscilaban entre el 21% y el 35%⁵. En otro estudio realizado en áreas urbanas de Chile se encontró que una de cada cuatro mujeres era golpeada por su pareja y una de cada tres mujeres sufrió algún tipo de abuso emocional en su relación con su pareja actual⁶. Respecto a España, los datos de una macroencuesta realizada por el Instituto de la Mujer⁷ a una muestra compuesta por 20.552 mujeres indicaron que un 4,2% de las mujeres mayores de 18 años había sido maltratada durante el último año por algún familiar, novio o marido; y un 12,4% sufría en ese momento conductas vejatorias.

* Trabajo subvencionado por el Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

¹ R.L. FISCHBACH y B. HERBERT, «Domestic Violence and Mental Health: Correlates and Conundrums within and across Cultures». *Social Science & Medicine*, vol. 45, núm. 8 (1997), pp. 1.161-1.176.

² L. HEISE y C. GARCÍA-MORENO, «Violence by Intimate Partners», en E.G. KRUG, L.L. DAHLBERG, J.A. MERCY, A.B. ZWI y R. LOZANO (ed.), *World Report on Violence and Health*, Ginebra, World Health Organization, 2002, pp. 88-121.

³ *Ibidem*.

⁴ L.E. WALKER, «Psychology and Domestic Violence around the World». *American Psychologist*, vol. 54, núm. 1 (1999), pp. 21-29.

⁵ R. RÖMKENS, «Prevalence of Wife Abuse in the Netherlands. Combining Quantitative and Qualitative Methods in Survey Research». *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 12, núm. 1 (1997), pp. 99-125.

⁶ P.T. MCWHIRTER, «La violencia privada. Domestic Violence in Chile». *American Psychologist*, vol. 54, núm. 1 (1999), pp. 37-40.

⁷ INSTITUTO DE LA MUJER, *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta*. Madrid, Instituto de la Mujer, 1999.



La violencia de pareja se refiere a cualquier conducta dentro de una relación íntima que causa daño físico, psicológico o sexual a los miembros de la relación, incluyendo actos de *agresión física* tales como golpes, empujones o palizas; *abuso psicológico*, tales como intimidación, menosprecio y humillaciones; *coerción y abuso sexual*; y *conductas de control*, tales como el aislamiento de su familia y amistades, el control de sus movimientos, y la limitación de su acceso a la información y a la asistencia⁸. El abuso se da en todo tipo de parejas, casadas y no casadas, y en la mayoría son las mujeres las víctimas y los hombres los agresores, siendo en este caso más grave y más probable que haya lesiones importantes.

El maltrato suele comenzar desde el comienzo de la relación, muchas veces incluso desde el noviazgo y, normalmente, va aumentando su frecuencia e intensidad con el tiempo. Además, tampoco es infrecuente el maltrato del marido a la mujer embarazada, con el consiguiente mayor riesgo para la mujer y el feto. Y también es probable que el hombre que golpee a su esposa agrede a sus hijos, dándose esta circunstancia en al menos la mitad de los casos. Así, Amor y cols.⁹ encontraron que el maltrato a la mujer estaba asociado con el maltrato a los hijos en el 62,6% de los casos de un estudio con 212 mujeres maltratadas del País Vasco, y en nuestra Comunidad, en un estudio con 187 mujeres maltratadas por su pareja¹⁰, se ha encontrado que este hecho se daba en el 56,8% de los casos.

Pese a la universalidad del fenómeno, el maltrato a la mujer no está bien estudiado y mucho menos en las mujeres de nuestro medio, lo que hace que su tratamiento y prevención sea más difícil. Así, es bastante frecuente que se mantenga oculto y que la víctima lo sufra durante años (los estudios indican una media de 10 años). Otra de las características del maltrato es que, pese a su frecuencia y gravedad, la mayor parte de las mujeres (entre el 40 y el 89%) permanecen con su pareja durante muchos años, y vuelven con ella aunque hayan sido capaces de abandonarla temporalmente. Unger y Crawford¹¹ consideran que el hecho de que las mujeres permanezcan o vuelvan con una pareja que las maltrata se da porque suelen pensar que las causas de los malos tratos son externas e inestables, tales como tener un mal día en el trabajo, por lo que esperan que pueden cambiar. Pero conforme aumenta la frecuencia y severidad, es más probable que lo atribuyan a causas internas de sus esposos, siendo entonces más fácil que dejen la relación. Esto explicaría el que la mayor parte de las mujeres tarden en comprender y aceptar que sus cónyuges no

⁸ L. HEISE y C. GARCÍA-MORENO, *op. cit.*

⁹ P.J. AMOR, E. ECHEBURÚA, P. de CORRAL, I. ZUBIZARRETA y B. SARASÚA, «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*, vol. 2, núm. 2 (2002), pp. 227-246.

¹⁰ M.P. MATUD, R.J. MARRERO, M. CARBALLEIRA, M. PÉREZ, M.L. CORREA, B. AGUILERA y T. PÉREZ, «Transmisión intergeneracional de la violencia doméstica». *Psicología Conductual*, vol. 11, núm. 1 (2003), pp. 25-40.

¹¹ R. UNGER y M. CRAWFORD, *Women and Gender. A Feminist Psychology*. Nueva York, McGraw-Hill, 1992.

cambiarán su conducta. Sin embargo, Zubizarreta y cols.¹² concluyen de la revisión de varios estudios que a mayor duración y severidad del maltrato doméstico, menor será la probabilidad de romper la relación, ya que la mujer se vuelve cada vez más temerosa y dependiente y desarrolla sentimientos de culpabilidad, baja autoestima y pasividad ante el problema.

Strube¹³, tras una revisión de varias investigaciones, afirma que son varios los factores que influyen en la decisión de dejar o no al agresor, incluyendo el tener un empleo fuera de casa, la duración de la relación, si también se abusa de los niños y el número de separaciones previas. Choice y Lamke¹⁴, después de hacer una revisión crítica del trabajo de Strube, plantean que los aspectos esenciales de tales decisiones parecen girar en torno a dos cuestiones básicas: ¿Será mejor dejarlo? y ¿Podré hacerlo?

CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DEL MALTRATO

Una persona que viva con alguien que abusa de ella física o emocionalmente suele desarrollar una respuesta de estrés cuando es atacada; si se repiten los ataques o amenazas, desarrolla una serie de síntomas crónicos, habiéndose detectado de forma consistente efectos psicológicos que incluyen síntomas de ansiedad, depresión y abuso de sustancias¹⁵. La prevalencia de los trastornos encontrada en una revisión bibliográfica realizada por Golding¹⁶ fue del 63,8% en 11 estudios de trastorno de estrés postraumático; de 47,6% en 18 estudios de depresión; del 17,9% en 13 estudios sobre tendencias suicidas; del 18,5% en 10 estudios de abuso del alcohol; y del 8,9% en 4 estudios de abuso de drogas.

Además, cuando la mujer es degradada y ridiculizada por su marido de forma repetida, puede llegar a creerlo, disminuyendo su autoestima y su sentimiento de autoeficacia¹⁷ e, incluso, puede llegar a pensar que merece los castigos de su

¹² I. ZUBIZARRETA, B. SARASÚA, E. ECHEBURÚA, P. de CORRAL, D. SAUCA e I. EMPARANZA, «Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico», en E. ECHEBURÚA (ed.), *Personalidades violentas*, Madrid, Pirámide, 1994, pp. 129-152.

¹³ M. STRUBE, «The Decision to Leave an Abusive Relationship: Empirical Evidence and Theoretical Issues». *Psychological Bulletin*, vol. 104, núm. 2 (1988), pp. 236-250.

¹⁴ P. CHOICE y L.K. LAMKE, «A Conceptual Approach to Understanding Abused Women's Stay/Leave Decisions». *Journal of Family Issues*, vol. 18, núm. 3 (1997), pp. 290-314.

¹⁵ B. HOUSKAMP, «Assessing and Treating Battered Women: A Clinical Review of Issues and Approaches», en J. BRIERE (ed.), *Assessing and Treating Victims of Violence*, San Francisco, Jossey-Bass, 1994, pp.79-89.

¹⁶ J.M. GOLDING, «Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis». *Journal of Family Violence*, vol. 14, núm. 2 (1999), pp. 99-132.

¹⁷ T. ORAVA, P.J. MCLEOD y D. SHARPE, «Perceptions of Control, Depressive Symptomatology, and Self-Esteem of Women in Transition from Abusive Relationships». *Journal of Family Violence*, vol. 11, núm. 2 (1996), pp. 167-187.



marido y que es incapaz de cuidar de ella y de sus hijos. También es posible que desarrolle sentimientos de culpabilidad, aislamiento social y dependencia emocional del maltratador, junto con intensa sintomatología somática¹⁸.

El maltrato de la mujer también tiene repercusiones en los hijos. Aunque, como se ha citado, el niño no siempre sufre directamente la violencia física, sí siente temor e inseguridad cuando ve a su padre agredir a su madre e, incluso, puede llegar a considerarse culpable cuando las disputas entre los padres se relacionan de alguna manera con él. También suelen darse una serie de secuelas psicológicas en los hijos, tales como disminución de la autoestima, tendencia a la introversión, ansiedad, labilidad psíquica, problemas de atención y de lenguaje, agresividad generalizada, sentimientos de culpa y problemas depresivos. Otra cuestión muy importante es el aprendizaje de la conducta violenta por parte de los hijos, aprendizaje que parece darse a través de la observación de los modelos de rol proporcionados por la familia. Así, en varios estudios se ha encontrado evidencia para la hipótesis de un «ciclo de violencia» intergeneracional, que propone que los adultos violentos aprendieron esta conducta en la infancia al ser testigos o víctimas de violencia. Ésta ha servido como modelo de resolución de conflictos interpersonales y ha ejercido un efecto de «normalización», que hace que muchas mujeres no sean conscientes del maltrato que sufren y muchos hombres no se den cuenta del daño que ocasionan. Así, se ha encontrado que es mucho más frecuente que un hombre que haya sido víctima o testigo de violencia sea violento y se convierta en agresor de su pareja. Aunque no están claras las vías de transmisión, los factores de riesgo parecen ser, además del modelado directo, el desarrollo de una variedad de defensas patológicas, tales como la hipervigilancia, la disociación, la proyección o la negación. Y también se ha encontrado que el abuso en la familia de origen es un factor de riesgo de alteraciones psicológicas, las cuales son a su vez factor de riesgo de agresión a la mujer. Además, los modelos violentos en la familia de origen parecen tener un efecto cruzado cuando se considera la variable género: los varones se identifican con el agresor y las mujeres llevan a cabo un «aprendizaje de indefensión» que las ubica en el lugar de la víctima del maltrato en las sucesivas estructuras familiares¹⁹.

Pero para poder llevar a cabo un tratamiento adecuado de tan grave problema es necesario conocer en profundidad sus determinantes y los factores que lo mantienen, sus causas y los mecanismos psicológicos, sociales y familiares implicados, así como otras variables que parecen ser relevantes y que pueden actuar como

¹⁸ Vid. D.G. DUTTON y S. PAINTER, «The Battered Woman Syndrome: Effects of Severity and Intermittency of Abuse». *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 63, núm. 4 (1993), pp. 614-622; E. ECHEBURÚA, P. CORRAL, B. SARASÚA e I. ZUBIZARRETA, «Mujeres víctimas de maltrato», en E. ECHEBURÚA (ed.), *Personalidades violentas*, Madrid, Pirámide, 1994, pp. 11-22.

¹⁹ J. CORSI, «Una mirada abarcativa sobre el problema de la violencia familiar», en J. CORSI (comp.), *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*, Buenos Aires, Paidós, 1994, pp. 15-63.

variables mediadoras y moduladoras del impacto psicológico. El objetivo de este estudio se centra en el análisis del impacto psicológico del maltrato a la mujer por parte de su pareja, analizando la relevancia que las variables sociodemográficas y las relativas al maltrato tienen en el estado de salud de la mujer.

1. MUESTRA

La muestra está compuesta por 86 mujeres que eran o habían sido víctimas de maltrato por parte de su pareja, la mayoría de las cuales fueron atendidas en un Centro de Atención Especializado para mujeres maltratadas del municipio de Santa Cruz de Tenerife. El 23,3% había sufrido maltrato psicológico; el 40,7% físico y psicológico; el 9,3% psicológico y sexual; y el 26,7% los tres tipos de maltrato. El rango de edad oscila entre 19 y 67 años, siendo la media de 40,44, la mediana de 40, y la desviación típica de 10,3. En la tabla 1 se recogen los datos sociodemográficos más relevantes, tanto de la mujer maltratada como de la pareja que le agredía. Como puede observarse, aunque se da bastante variabilidad en el nivel de estudios, la mitad de la muestra (tanto de agresores como de víctimas) sólo ha realizado estudios básicos. También encontramos diversidad en el estatus ocupacional. En el caso de las mujeres, prácticamente la tercera parte tenía un empleo de tipo manual no cualificado; la cuarta parte realizaba trabajos de tipo no manual, y el 24,7% se autocalificaba como «ama de casa». De todas ellas, sólo el 37,8% se encontraba en situación activa de empleo, y otro 37,8% estaba desempleada, siendo el resto pensionistas (el 3,7%), estudiantes (el 4,9%), o amas de casa.

En el caso de los agresores también se daba gran variabilidad en el tipo de empleo, aunque su cualificación laboral parecía ser algo mejor que en el caso de su víctima. Así, sólo menos del 20% tenía empleo de tipo manual no cualificado, siendo lo más frecuente que su empleo fuese de tipo no manual (el 36,3%) o manual cualificado (el 30%), aunque en algunos casos eran profesionales de alta cualificación o empresarios. También es destacable que en el 5% de los casos se trataba de profesionales de las fuerzas de seguridad, local, nacional o privada. La mayor parte (el 75,7%) se encontraba en activo, el 14,1% parado y el resto eran pensionistas o jubilados.

Respecto al estado civil, predominaba de nuevo la variabilidad. Como podemos observar en la tabla 1, lo más frecuente era que estuviesen en trámites de separación (se daba en el 28,2% de los casos), o que fuesen casadas o separadas. Pero no era infrecuente que se tratase de mujeres solteras (el 15,3%) o divorciadas (el 9,4%). La mayor parte (el 91,8%) tenía al menos un hijo, siendo lo más frecuente que tuviesen dos (se daba en el 41,2% de los casos) o uno (el 23,5%). El 4,7% tenía 4 hijos, dos mujeres tenían 6 hijos y una, cinco.



TABLA 1. PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUJERES MALTRATADAS Y DE SUS AGRESORES

	MUJERES		AGRESORES	
	n	%	n	%
<i>Nivel de estudios:</i>				
Inferior a Graduado Escolar	11	12,8	19	23,4
EGB	38	44,2	24	29,6
FPI	5	5,8	7	8,6
FPII	10	11,6	7	8,6
BUP/COU	15	17,4	17	21,0
Diplomatura	4	4,7	4	4,9
Licenciatura	3	3,5	3	3,7
Sin dato			5	
<i>Ocupación:</i>				
Amas de casa	20	24,7	0	0,0
Estudiante	4	4,9	1	1,3
Empleo manual no cualificado	26	32,1	15	18,8
Empleo manual cualificado	9	11,1	24	30,0
Empleo no manual	21	25,9	29	36,3
Profesional	0	0,0	2	2,6
Profesiones liberales o empresarios	0	0,0	5	6,3
Jubilada/o	1	1,2	4	5,0
Sin dato	5		6	
<i>Estado civil:</i>				
Soltera	13	15,3		
Casada	18	21,2		
Unión de hecho	1	1,2		
Separada	18	21,2		
Divorciada	8	9,4		
Viuda	2	2,4		
Trámites de separación	24	28,2		
Separación de hecho	1	1,2		
Sin dato	1			



2. INSTRUMENTOS

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DE HISTORIA Y TIPO DE MALTRATO²⁰

Se trata de una amplia entrevista en la que se recogen los aspectos fundamentales relacionados con el maltrato por parte de la pareja, incluyendo tanto los datos actuales como la historia y dinámica funcional del maltrato.

INVENTARIO DE AUTOESTIMA (A SELF-ESTEEM INVENTORY, SEQ)

Elaborado por Rector y Roger²¹ y traducido por García de la Banda, consta de 58 ítem con 4 alternativas de respuesta (nunca, a veces, frecuentemente, siempre) que reflejan la valoración del grado de incertidumbre en varias competencias: personal, interpersonal, familiar, de logro y atractivo físico. En la validación con mujeres maltratadas²² se han encontrado dos factores: Inseguridad, formado por 25 ítem con una consistencia interna de 0,93; y Autoestima, formado por 19 ítem cuya consistencia interna es de 0,91. Ambos factores correlacionan -0,66.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-28²³)

Es una prueba diseñada para detectar trastornos psíquicos en el ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiátricos, que se centra en los componentes psicológicos actuales de mala salud, refiriéndose a dos tipos principales de fenómenos: la incapacidad para seguir llevando a cabo las funciones de salud normales, y la aparición de fenómenos de malestar psíquico. El GHQ permite tres tipos de puntuaciones, dos de las cuales se han utilizado en este estudio: la tipo *Likert*, que asigna pesos a cada puntuación, desde 0 (para la respuesta «mejor que lo habitual») hasta 3 (para «mucho más que lo habitual»); y la puntuación CGHQ, que permite detectar trastornos de larga duración. Esta puntuación consiste en dividir los ítem entre aquellos que se refieren a la enfermedad y los que se refieren a la salud, asignando puntuación de 1 a la respuesta «igual que lo habitual» cuando se refiere a la enfermedad y 0 cuando se refiere a la salud. El resto de puntuaciones se realiza asignando 0 a las

²⁰ M.P. MATUD, *Impacto Psicológico del maltrato a la mujer: Un análisis empírico*, memoria no publicada del proyecto de investigación del mismo nombre, subvencionado por el Instituto Canario de la Mujer, 1999.

²¹ N.A. RECTOR y D. ROGER, «Self-concept and emotion-control». Comunicación presentada en el 3rd Annual Meeting of the European Congress of Psychology. Helsinki, Finlandia, 1993.

²² M.P. MATUD, *op. cit.*

²³ D.P. GOLDBERG y V.F. HILLIER, «A Scaled Version of the General Health Questionnaire». *Psychological Medicine*, vol. 9 (1979), pp. 139-145.

respuestas «No, en absoluto» y 1 a «Bastante más que lo habitual» y «Mucho más que lo habitual». El GHQ-28 consta de 4 subescalas denominadas Síntomas somáticos, Ansiedad e insomnio, Disfunción social y Depresión grave. La consistencia interna en una muestra de mujeres maltratadas fue de 0,88 para Ansiedad e insomnio; 0,89 para Depresión; 0,83 para Síntomas Somáticos; y 0,79 para Disfunción Social.

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

De Echeburúa y cols.²⁴. Escala de evaluación heteroaplicada que consta de 17 ítem, basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV, cuyos objetivos son tanto el diagnóstico categorial de este cuadro clínico como la evaluación de la severidad del trastorno, cuantificando tanto la frecuencia como la intensidad de los síntomas de reexperimentación (5 ítem), evitación (7 ítem) y aumento de la activación (5 ítem).

INVENTARIO DE EVALUACIÓN DEL MALTRATO A LA MUJER POR SU PAREJA (APCM)

Elaborado por Matud²⁵ a partir de la revisión bibliográfica del área. En su versión final consta de 69 ítem que se refieren a conductas concretas del maltratador, tales como insultos, amenazas, degradaciones, control, golpes, empujones... que se puntúan en una escala de cinco alternativas de respuesta (nunca, alguna vez, la mitad de las ocasiones, muchas veces, casi siempre). El análisis factorial de la escala mostró la existencia de dos factores: Maltrato psicológico, formado por 37 ítem cuya consistencia interna (Alfa de Cronbach) es de 0,94; y Maltrato físico, que recoge 19 ítem cuya consistencia interna también es de 0,94. Ambos factores correlacionaban 0,57²⁶.

CUESTIONARIO DE ESTILO DE AFRONTAMIENTO DEL MALTRATO (CSQ-M)

Es una adaptación para la mujer maltratada de la versión española del CSQ²⁷ y trata de evaluar la forma típica de la mujer de hacer frente a los abusos recibidos

²⁴ E. ECHEBURÚA, P. de CORRAL, P.J. AMOR, I. ZUBIZARRETA y B. SARASÚA, «Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés posttraumático: propiedades psicométricas». *Análisis y Modificación de Conducta*, vol. 23, núm. 90 (1997), pp. 503-526.

²⁵ M.P. MATUD, *op. cit.*

²⁶ M.P. MATUD, M. CARBALLEIRA y R.J. MARRERO, «Validación de un inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja: el APCM». *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, vol. 1, núm. 2 (2001), pp. 5-17

²⁷ D. ROGER, G. JARVIS y B. NAJARIAN, «Detachment and Coping: The Construction and Validation of a New Scale for Measuring Coping Strategies». *Personality and Individual Differences*, vol. 15, núm. 4 (1993), pp. 619-626.



de su pareja. Consta de 47 ítem con cuatro alternativas de respuesta y en su validación con mujeres maltratadas se han encontrado tres factores: Racionalización, formado por 18 ítem con una consistencia interna de 0,89. Emocionalidad, formado por 13 ítem cuya consistencia interna es de 0,84. Y Distanciamiento/evitación del problema, que incluye 7 ítem cuya consistencia interna es de 0,67.

INVENTARIO DE APOYO SOCIAL (AS²⁸)

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...), que se agrupan en un factor cuya consistencia interna es de 0,91.

HOJA DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN GENERAL Y DE SALUD

En ella se recogen las principales variables sociodemográficas y de salud, tanto de la mujer como de su familia.

3. PROCEDIMIENTO

El acceso a la muestra fue a través de diversos centros de atención a las mujeres víctimas de violencia de Santa Cruz de Tenerife. Tras obtener el consentimiento informado para participar en el estudio, las mujeres fueron entrevistadas en, al menos, dos sesiones por psicólogas formadas en maltrato. Para garantizar la confidencialidad de la información y para generar un clima de confianza que favoreciese la obtención de datos fidedignos, en los registros se omitió el nombre de la mujer y cualquier otro dato que permitiese su identificación.

4. RESULTADOS

El rango de edades en el que las diferentes mujeres comenzaron la relación con la pareja que abusó de ellas era muy amplio, oscilando entre 11 y 50 años. La edad media era de 23 (desviación típica de 9,2) y la más frecuente (moda) fue a los 18 años, edad a la que prácticamente la mitad (el 42,9%) de las mujeres del estudio

²⁸ M.P. MATUD, *Investigación del estrés y su impacto en la salud de la mujer en Canarias*, memoria no publicada del proyecto de investigación del mismo nombre, subvencionado por el Instituto Canario de la Mujer, 1998.

ya habían iniciado la relación con dicha pareja. Y el 17% de las mujeres comenzaron la relación con más de 30 años. Respecto a la edad en que comenzaron a ser maltratadas, oscilaba entre 14 y 54 años, siendo la media de 26 años (desviación típica de 9,4). El 30% había sido maltratada antes de los 20 años y sólo el 8,4% comenzó a ser agredida a partir de los 40 años.

Al analizar las edades en que los agresores comenzaron a abusar de su pareja, encontramos también gran variabilidad (rango entre 16 y 57 años, media de 29,4 y moda de 25). La mitad inició las agresiones con menos de 27 años, pero en el 11,5% de los casos tenía más de 40. Respecto al número de años que las mujeres permanecieron en la relación con la pareja que les agredía oscilaba entre menos de un año (sólo encontramos un caso en estas circunstancias) hasta 43, siendo la media de 14,3 y la desviación típica de 10,8. Sólo el 10% de las mujeres estuvieron menos de 3 años, la mitad permaneció 11,5 años y el 27% de las mujeres mantuvo su relación con el agresor durante más de 20 años. Prácticamente en la mitad de los casos (en el 46,6%) el maltrato comenzó durante el primer año de relación y en el 13,2% cuando se casó con el agresor. Además, en el 8% de los casos el maltrato se asoció al embarazo o al nacimiento de los hijos, y sólo el 6,6% de las mujeres informaron que el maltrato comenzó a partir de los 10 años de relación.

En la tabla 2 mostramos las intercorrelaciones de las variables sociodemográficas y de maltrato. Como puede observarse, las mujeres que en el momento de ser entrevistadas tenían más edad tienen mayor número de hijos y son las que más

TABLA 2. INTERCORRELACIONES ENTRE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DEL MALTRATO

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Edad	—								
2. Nivel de estudios [#]	-0,22*	—							
3. Número de hijos/as	0,62***	-0,38***	—						
4. Años de maltrato	0,61***	-0,29*	0,54***	—					
5. Edad al comenzar la relación con el agresor	0,33**	n.s.	n.s.	-0,51***	—				
6. Edad de comienzo del maltrato	0,37**	n.s.	n.s.	-0,53***	0,91***	—			
7. Edad del agresor al comenzar el maltrato	n.s.	n.s.	n.s.	-0,53***	0,83***	0,82***	—		
8. Intensidad del maltrato psicológico	-0,23*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-0,24*	—	
9. Intensidad del maltrato físico	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,47***	—
10. Apoyo social	n.s.	n.s.	0,23*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

NOTA: [#] Correlaciones realizadas con *Rho* de Spearman

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001



tiempo llevan en la relación con el agresor. Aunque el porcentaje de varianza común es bajo (apenas del 10%), se da una cierta tendencia a informar de haber comenzado a ser maltratadas cuando tenían más edad, iniciando su relación con el agresor siendo menos jóvenes, califican el maltrato psicológico sufrido como menos intenso y tienen menor nivel de estudios. Además, las mujeres con mayor nivel de estudios tienden a tener menor número de hijos y a permanecer menos años con el agresor. El número de hijos también se asocia en buena medida a los años de permanencia en la relación (29,2% de varianza común), tendiendo a estar más tiempo las mujeres que tienen más hijos. Existe una relación muy alta entre la edad de comienzo de la relación con el agresor y la edad a que comienza a ser agredida la mujer; y la edad del agresor y de su víctima al comenzar el abuso también están muy asociadas (comparten el 67,2% de la varianza). Y se encuentra una tendencia acusada a permanecer más años con el agresor en aquellas mujeres que comenzaron la relación con él siendo más jóvenes y en las que tanto el agresor como su víctima eran más jóvenes.

Pero las variables sociodemográficas y de comienzo de la relación parecen ser independientes de la intensidad del maltrato sufrido, tanto psicológico como físico, y del apoyo social percibido, excepto en la pequeña asociación entre edad y menor intensidad de maltrato psicológico ya citada, y la tendencia a un maltrato psicológico menos intenso en aquellos agresores que comienzan a maltratar a su pareja a más edad, aunque el porcentaje de varianza común es menos del 10%. Además, las mujeres con más hijos tienen una ligera tendencia a percibir mayor apoyo social.

En cuanto a los datos relacionados con la salud de la mujer, en la entrevista también se le preguntaba si sufría algún tipo de enfermedad. Encontramos que únicamente el 32% decía no sufrir ninguna, el 27,1% informaba de una, el 22,4% de dos, el 14,1% de tres, dos mujeres tenían 4, una cinco y otra seis. Respecto al tipo de afecciones que citaban como enfermedades, se daba bastante variabilidad, siendo lo más frecuente que dijese «depresión» (citada por el 24,6% de las mujeres), «ansiedad» (el 22,2%) y problemas de tipo óseo (el 15,5%). En cuanto al consumo de medicamentos, el 57,5% decía tomar alguno, siendo lo más frecuente uno (el 23,5%), dos (el 15,3%) o tres (el 11,8%). Los tipos de medicamentos más comunes eran ansiolíticos (el 30%), antidepresivos (el 26%) y calmantes (el 3,7%).

Casi la mitad de las mujeres (el 46,5%) presentaba trastorno por estrés postraumático, una vez establecidos los puntos de corte de las puntuaciones en la Escala de gravedad de síntomas de gravedad del trastorno de estrés postraumático de Echeburúa y cols. (puntuación global de 15 y puntos de corte parciales de 5, 6, y 4 en las subescalas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación, respectivamente). Además, el 34% de las mujeres dijo sentir una total sensación de indefensión ante el maltrato de su pareja, la mitad informó experimentar con frecuencia tal estado, y sólo el 15,2% de las mujeres no se sentía indefensa.

En los síntomas de larga duración evaluados mediante el cuestionario de Salud de Goldberg encontramos que sólo el 10% de las mujeres no tenía ningún síntoma de depresión grave; el 27,9% presentaba entre uno y tres; el 26,8% entre 4 y 6; y el 34,9% tenía todos los síntomas depresivos evaluados por la escala. Todas las

mujeres presentaban al menos un síntoma de ansiedad e insomnio y de síntomas somáticos de larga duración, informando la mayoría de las mujeres de un elevado número de síntomas. Así, el 59,3% de las mujeres tenía al menos seis síntomas de tipo somático y el 82,5% de ansiedad e insomnio (el rango de cada escala es de 0 a 7). Por el contrario, se encontró mayor variabilidad en la escala de disfunción social, presentando el 25% de las mujeres una puntuación inferior a 3, aunque el 38,4% parecía tener elevada disfunción social.

Para ver la asociación entre las variables sociodemográficas, de maltrato y el apoyo social con la salud de la mujer, realizamos una serie de análisis correlacionales entre todas las medidas evaluadas. Encontramos que los síntomas somáticos, los de ansiedad e insomnio, los de aumento de la activación y el número de enfermedades autoinformado eran independientes de la edad de la mujer, de su nivel de estudios, del número de hijos, de los años de maltrato y de la edad en que comenzó la relación y a ser maltratada, así como de la intensidad del abuso sufrido y del apoyo social. En la tabla 3 presentamos las correlaciones que alcanzaron significación estadística. Como puede observarse, se trata de coeficientes de correlación bajos y, de todos los síntomas, son los depresivos los que parecen asociarse más a las citadas variables, con una cierta tendencia a mayor depresión en las mujeres que comenzaron la relación con el agresor y a ser maltratadas a menor edad, y siendo el agresor más joven. Además, parecen tener menos sintomatología depresiva las que tienen más apoyo social, pero la varianza común es muy baja (menos del 10%). Se observa un cierto valor protector de la salud del apoyo social percibido, tendiendo también

TABLA 3. CORRELACIONES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DEL MALTRATO CON LA SALUD DE LA MUJER

	DEPRESIÓN (CGHQ)	DISFUNCIÓN SOCIAL (CGHQ)	REEXPERIMENTACIÓN	EVITACIÓN	Nº DE MEDICAMENTOS
Edad	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	0,27*
Nivel de estudios [†]	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Nº hijos/as	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Años de maltrato	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Edad al comenzar la relación con agresor	-0,26*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Edad de comienzo del maltrato	-0,24*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Edad del agresor al comenzar el maltrato	-0,27*	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Intensidad del maltrato psicológico	n.s.	n.s.	0,26*	n.s.	n.s.
Intensidad del maltrato físico	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Apoyo social	-0,24*	-0,34**	n.s.	-0,24*	n.s.

Nota: [†] Correlaciones realizadas con *Rho* de Spearman

* $p < .05$; ** $p < .01$

a tener menor disfunción social y menos sintomatología de evitación las mujeres con mayor apoyo. También se da una ligera asociación entre la intensidad del maltrato psicológico con los síntomas de reexperimentación, y las mujeres de más edad tienden a consumir más medicamentos.

Respecto a la asociación entre las variables sociodemográficas, de maltrato y el apoyo social con las medidas de autoestima, indefensión y estilo de afrontamiento del maltrato, se muestran en la tabla 4. De nuevo se observa que son pocas las correlaciones significativas y que la magnitud de los coeficientes es media o baja. La autoestima y la inseguridad sólo se asocian con apoyo social percibido, que tiende a ser mayor en las mujeres con más autoestima y menor en las que tienen más inseguridad. Las mujeres con mayor indefensión tienden a ser las de menor nivel de estudios y las que comenzaron a ser agredidas cuando eran más jóvenes. Respecto a los estilos de afrontamiento del maltrato, el de racionalización parece ser independiente de las variables sociodemográficas y de maltrato y aunque la emocionalidad tampoco está relacionado con las variables sociodemográficas, sí que se asocia a las variables de maltrato y con el apoyo social. Como puede observarse, las mujeres que han sufrido un maltrato psicológico y físico más intenso, las que comenzaron la relación con el agresor y a ser agredidas a menor edad, por un agresor más joven, y/o las que perciben menos apoyo social, tienden a una forma de hacer frente al maltrato más caracterizado por la emocionalidad. Además, las mujeres que han sufrido un abuso más intenso tienden a puntuar más alto en el estilo de afrontamiento de distanciamiento/evitación, que también tiende a darse en mayor medida en las mujeres más jóvenes.

TABLA 4. CORRELACIONES ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DEL MALTRATO CON AUTOESTIMA, INDEFENSIÓN Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO DEL MALTRATO

	AUTOESTIMA	INSEGURIDAD	INDEFENSIÓN [#]	EMOCIONALIDAD	DISTANCIAMIENTO /EVITACIÓN
Edad	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	-0,23*
Nivel de estudios [#]	n.s.	n.s.	-0,30**	n.s.	n.s.
Número de hijos/as	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Años de maltrato	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Edad al comenzar la relación con agresor	n.s.	n.s.	n.s.	-0,32**	n.s.
Edad de comienzo del maltrato	n.s.	n.s.	-0,23*	-0,28*	n.s.
Edad del agresor al comenzar el maltrato	n.s.	n.s.	-0,26*	-0,25*	n.s.
Intensidad del maltrato psicológico	n.s.	n.s.	n.s.	0,41***	0,37***
Intensidad del maltrato físico	n.s.	n.s.	n.s.	0,28*	0,32**
Apoyo social	0,46***	-0,34**	n.s.	-0,26*	n.s.

Nota: [#] Correlaciones realizadas con *Rho* de Spearman

* p < .05; ** p < .01; *** p < .001

Finalmente, y en un intento de conocer cuáles eran las variables más relevantes en el desarrollo del trastorno de estrés postraumático en las mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja, realizamos un análisis tomando como criterio el alcanzar o no el punto de corte para ser diagnosticada del citado trastorno. Los predictores fueron los dos factores del cuestionario de autoestima, la intensidad del maltrato físico y psicológico, la indefensión y los estilos de afrontamiento del maltrato. La función obtenida fue significativa desde el punto de vista estadístico, siendo la correlación canónica de 0,51 y la Lambda de Wilks de 0,74 [$c^2(8) = 21,3, p < 0,01$]. El porcentaje de mujeres clasificadas correctamente es del 72,7%, siendo algo más elevado el porcentaje de clasificaciones correctas en el caso de las mujeres sin trastorno de estrés postraumático (73,8% frente al 71,4% en las que sí lo sufren).

En la tabla 5 mostramos las correlaciones entre las variables discriminantes y la función canónica discriminante, ordenadas por el tamaño de la correlación con la función. Los centroides de los grupos indicaron que las mujeres con mayor probabilidad de desarrollar trastorno de estrés postraumático son aquellas más inseguras, con mayor estilo de afrontamiento del estrés de emocionalidad, las que han sufrido un maltrato psicológico más intenso y las que tienen menor autoestima.

TABLA 5. CORRELACIONES ENTRE VARIABLES DISCRIMINANTES Y LA FUNCIÓN CANÓNICA DISCRIMINANTE (MÁTRIZ DE ESTRUCTURA)

	FUNCIÓN
Inseguridad	0,69
Emocionalidad	0,61
Intensidad del maltrato psicológico	0,38
Autoestima	-0,36
Distanciamiento/evitación	0,12
Intensidad del maltrato físico	0,11
Indefensión	-0,10
Racionalización	0,06

5. DISCUSIÓN

Los resultados del presente trabajo señalan que el maltrato a las mujeres por parte de su pareja tiene un alto impacto psicológico, dándose síntomas de ansiedad e insomnio de larga duración prácticamente en todas las víctimas, indefensión en el 85% y muchas presentan sintomatología depresiva grave, la cual persiste pese a que el 30% está en tratamiento médico con ansiolíticos y el 26% con antidepresivos. También es bastante frecuente la disfunción social y el trastorno por estrés posttrau-





mático se presentaba en el 46,5% de los casos. Así, los datos obtenidos en el presente trabajo coinciden con los obtenidos en otros estudios con mujeres maltratadas, tanto de dentro como de fuera de nuestro país, ya citados en la introducción y confirman la afirmación de Walker²⁹ respecto a que las cuestiones con las que se enfrentan en todo el mundo los profesionales de la psicología que trabajan con violencia doméstica son similares en todos los países.

Aunque el presente trabajo es de tipo correlacional y no permite, por tanto, hablar de relaciones causa-efecto, el hecho de que las mujeres hayan comenzado la relación con el agresor y hayan sido maltratadas desde tan jóvenes, así como la gran cantidad de tiempo que han estado sometidas a tal situación, indican que los resultados pueden interpretarse de forma razonable como reacciones o consecuencias al abuso sufrido.

Los resultados de este estudio también indican la universalidad del fenómeno respecto a factores sociodemográficos y educativos, ya que hemos encontrado tanto agresores como víctimas de todas las edades, estado civil y niveles educativos y laborales, pues aunque predominan, sobre todo en el caso de la mujer, las de bajo estatus socioeconómico, ello puede ser reflejo del acceso a la muestra, que fue a través de servicios comunitarios gratuitos. También destaca el menor estatus laboral de la mujer respecto al del agresor, aun sin haber diferencias en el nivel de estudios, lo cual indica en alguna medida un mayor nivel de dependencia económica en ésta. También consideramos necesario destacar la edad tan temprana en que las mujeres comienzan a ser maltratadas, circunstancia que, además, supone un mayor riesgo de desarrollar indefensión, sintomatología depresiva y un estilo de afrontamiento del maltrato que parece ser menos adecuado para la salud. Y también la intensidad del abuso genera respuestas más inadecuadas. En todo caso, es de resaltar que no se trata de que la mujer desarrolle un estilo de afrontamiento del maltrato adecuado, sino que lo que hay que lograr es que ninguna mujer (ninguna persona) sea maltratada.

También hemos constatado el papel protector que parece tener el apoyo social, aunque quizá la magnitud tan baja de la asociación con salud esté indicando que no es muy eficaz el apoyo que están recibiendo las mujeres maltratadas. Además, el nivel educativo de la mujer también parece ser relevante en alguna medida, sintiendo menos indefensión y permaneciendo durante menos tiempo en la relación con el agresor las mujeres con más estudios. Por el contrario, el comienzo del maltrato a una edad temprana parece ser un factor de riesgo de sufrir un maltrato más intenso y de desarrollar mayor sintomatología depresiva. Finalmente, queremos destacar la relevancia de la autoestima en la salud de la mujer maltratada, así como el efecto del maltrato psicológico, cuya intensidad parece ser aún más nociva que la del físico.

²⁹ L. WALKER, *op. cit.*

Pese a que son muchas las respuestas sin contestar y se ha constatado la escasa relevancia de las variables sociodemográficas en la salud de la mujer maltratada por su pareja, consideramos que los datos obtenidos en este trabajo pueden ser útiles en el diseño de estrategias de intervención y prevención del maltrato a la mujer en nuestra Comunidad. Pero ello no nos debe llevar a olvidar la necesidad de un cambio social profundo para erradicar la violencia contra la mujer. Porque, como señalan Unger y Crawford³⁰, mientras se considere al hombre como superior a la mujer y se valore en aquél la dominación y la agresividad, mientras que la sumisión y la humildad sean consideradas características típicamente femeninas, valoradas y defendidas, la mujer será más vulnerable ante la violencia masculina y la violencia contra la mujer seguirá siendo una forma de afirmación del poder y control del varón.



³⁰ R. UNGUER y M. CRAWFORD, *op. cit.*