

# Validación de una escala para la medición de los malos tratos a mujeres

Ana Delgado<sup>a</sup>, Marta Aguar<sup>b</sup>, María Castellano<sup>c</sup> y Juan de Dios Luna del Castillo<sup>d</sup>

**Objetivos.** Analizar la validez de contenido y de constructo, así como la fiabilidad de un cuestionario diseñado para medir los malos tratos (MT) a mujeres por parte de su pareja.

**Diseño.** Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico.

**Emplazamiento.** Cuatro centros de salud urbanos de Granada.

**Participantes.** Se incluyó a 391 mujeres  $\geq 14$  años que consultaron en atención primaria y con pareja estable al menos 3 meses.

**Mediciones principales.** Cuestionario mediante entrevista, entre diciembre de 2000 y mayo de 2001, con 10 preguntas tipo Likert sobre maltrato físico, psíquico y sexual, características sociodemográficas y varios indicadores de salud. Analizamos la validez del contenido mediante el análisis factorial exploratorio, la fiabilidad de los factores con el alfa de Cronbach, y los coeficientes de correlación ítem-escala corregidos, así como validez de constructo.

**Resultados.** Obtenemos 2 factores empíricos de MT que no se corresponden con las dimensiones teóricas de maltrato físico, psíquico y sexual, y explican un 64,21% de la varianza; la primera incluye todas las preguntas de abuso psíquico, una del físico y la de abuso sexual; la segunda integra el resto de preguntas de maltrato físico y la de «romper objetos de la casa». Los factores muestran coeficientes de fiabilidad de 0,8688 y 0,7072. La comparación mediante la técnica de grupos extremos muestra que el cuestionario tiene validez de constructo.

**Conclusión.** Hemos obtenido un cuestionario fiable y válido para evaluar los malos tratos a mujeres, y su uso, particularmente en atención primaria, puede ser de utilidad para ampliar y profundizar el conocimiento del problema.

**Palabras clave:** Violencia doméstica. Malos tratos. Cuestionarios. Atención primaria.

## VALIDATION OF A SCALE TO MEASURE ILL-TREATMENT OF WOMEN

**Objectives.** To analyse the validity of content and of structure and the reliability of a questionnaire designed to measure ill-treatment (IT) of women by their partners.

**Design.** Descriptive, transversal, multi-centre study.

**Setting.** Four urban health centres in Granada, Spain.

**Participants.** Three hundred and ninety one women of 14 and over who consulted in primary care and had a stable partner for at least 3 months.

**Main measurements.** Questionnaire by means of interviews between December 2000 and May 2001, with 10 Likert-like questions on physical, psychological, and sexual mistreatment, social and demographic questions and various health indicators. We analysed content validity by means of exploratory factorial analysis, reliability of alpha-Cronbach factors and of corrected scale-item correlation coefficients, and structure validity.

**Results.** We obtained 2 empirical IT factors that did not correspond to the theoretical dimensions of physical, psychological, and sexual mistreatment and explained 64.21% of variance. The first included all the questions on psychological abuse, one on physical abuse and the sexual abuse dimension. The second covered the remaining questions on physical IT and "breaking things in the home". The factors gave reliability coefficients of 0.8688 and 0.7072. Comparison by means of extreme groups technique showed that the questionnaire's structure is valid.

**Conclusion.** We found this was a reliable and valid questionnaire for evaluating ill-treatment of women. Its use, particularly in primary care, could help expand and deepen understanding of the problem.

**Key words.** Domestic violence. Ill-treatment. Questionnaires. Primary care.

<sup>a</sup>Escuela Andaluza de Salud Pública. Granada. España.

<sup>b</sup>Medicina de Familia. Servicio de Emergencias 061. Granada.

<sup>c</sup>Medicina Legal. Facultad de Medicina. Granada.

<sup>d</sup>Bioestadística. Facultad de Medicina. Granada. España.

Correspondencia:  
A. Delgado Sánchez  
Alquería, 66. 18010 Cármenes de San Miguel. Granada. España.  
Correo electrónico:  
[ana.delgado.easp@juntadeandalucia.es](mailto:ana.delgado.easp@juntadeandalucia.es)

Manuscrito recibido el 1 de julio de 2005.  
Manuscrito aceptado para su publicación el 26 de septiembre de 2005.

## Introducción

La violencia contra las mujeres ejercida en las relaciones de pareja es un problema de salud pública cuya incidencia diagnosticada va en aumento. Su impacto social y sanitario implica la necesidad de llevar a cabo estudios rigurosos que desvelen la magnitud y las consecuencias en la salud de las mujeres de esta realidad social aún escasamente conocida en nuestro país, si bien comienzan a surgir iniciativas profesionales para abordarlo<sup>1</sup>.

Los datos que caracterizan el problema hasta el momento representan sólo la parte más grave de éste, las denuncias y las muertes. Según los datos del Instituto de la Mujer (IM)<sup>2</sup>, el número anual de muertes va en aumento, al igual que el de denuncias, que ha pasado de 17.488 en 1997 a 57.527 en 2004, aunque se estima que éstas significan sólo un 5-10% de los casos.

En la macroencuesta del IM sobre violencia contra las mujeres, realizada mediante encuesta telefónica<sup>3</sup>, se identifica un 12,4% de mujeres «técnicamente» maltratadas (afirman sufrir diferentes conductas violentas), mientras que sólo un 4,2% se consideran a sí mismas como tales. Sin embargo, en un estudio realizado en mujeres que consultan en centros de salud (CS) de Andalucía se encontró un 31,5% de mujeres maltratadas considerando cualquier tipo de abuso<sup>4</sup>.

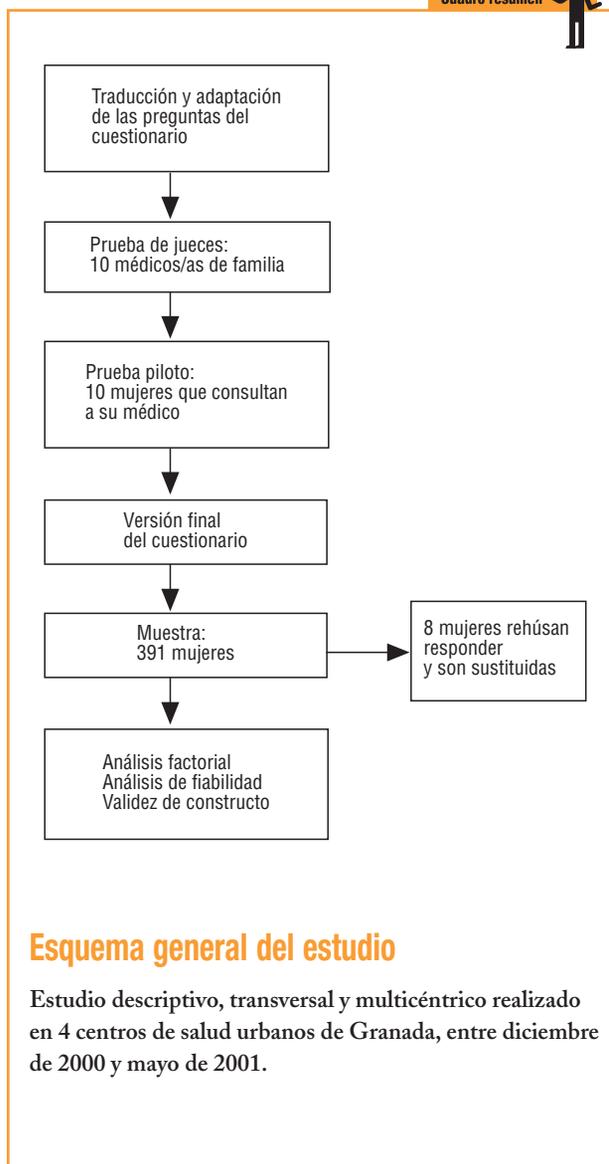
La OMS recoge en su informe sobre la violencia en el mundo<sup>5</sup> los datos obtenidos en estudios poblacionales de países europeos y América del norte, los cuales muestran que las mujeres que han sufrido alguna vez violencia física por parte de su pareja superan con frecuencia el 20%.

Las lesiones, el miedo y el estrés asociado con los MT tienen consecuencias muy graves sobre la salud de las mujeres que los sufren<sup>5-8</sup>. Son frecuentes los dolores crónicos de diferente localización y otros síntomas físicos del área ginecológica o digestiva, entre otras. De igual modo, el abuso en cualquiera de sus manifestaciones se asocia con la aparición de sintomatología psíquica de diverso tipo, como ansiedad, depresión e, incluso, intentos de suicidio.

La definición de la ONU sobre la violencia contra la mujer<sup>9</sup> contempla como tal todo acto que le ocasione daño o sufrimiento físico, psíquico y sexual; éstas son las 3 categorías aceptadas en la mayoría de los estudios para clasificar los MT; su definición incluye los siguientes hechos: *a)* maltrato psicológico: maltrato verbal reiterado, hostigamiento, confinamiento y privación de recursos financieros y personales, control sobre el contacto con familiares y amigos, etc.; *b)* maltrato físico: asalto que varía desde empujar, golpear y abofetear hasta el homicidio, y *c)* maltrato sexual: coacción o acto ejercido contra la mujer para imponerle relaciones, contactos o actos sexuales contra su voluntad.

## Material y métodos

### Cuadro resumen



## Esquema general del estudio

Estudio descriptivo, transversal y multicéntrico realizado en 4 centros de salud urbanos de Granada, entre diciembre de 2000 y mayo de 2001.

Como parte de una investigación más amplia dirigida a conocer la magnitud del problema del maltrato, así como las consecuencias en la salud de las mujeres, elaboramos un cuestionario para ambos fines; hasta el momento no hay instrumentos validados en España para abordar su estudio. El objetivo de este trabajo es analizar la estructura factorial, la validez y la fiabilidad de dicho instrumento.

## Sujetos y método

*Diseño: estudio descriptivo, transversal y multicéntrico*

La población estuvo constituida por las mujeres  $\geq 14$  años que acuden a la consulta a demanda o de control de embarazo de 23

médicos de familia (MF) en 4 CS urbanos y docentes para la especialidad de medicina de familia en Granada, y que tuvieran o hubieran tenido una pareja estable, conviviente o no, al menos durante 3 meses. Los criterios de exclusión fueron: retraso mental o enfermedad psiquiátrica invalidante, no hablar español o ir a la consulta acompañada por alguien que se negara a abandonarla durante la entrevista.

### Muestra

Para una prevalencia estimada de violencia doméstica (VD) del 20%<sup>5</sup>, un error alfa del 5% y una precisión del 4%, resultó un tamaño muestral de 385 mujeres; finalmente entrevistamos a 391. Realizamos un muestreo consecutivo entre las mujeres que consultaron a los 23 MF mencionados. La selección se hizo a partir de los listados de cita previa y de visitas prenatales programadas, y se eligió a 4-5 mujeres al día de lunes a viernes entre el 1 de diciembre de 2000 y el 31 de mayo de 2001.

### Variables

Para medir la variable dependiente «existencia de malos tratos» elaboramos una escala con preguntas obtenidas y adaptadas a partir de otros instrumentos, el Index of Spouse Abuse (ISA)<sup>10</sup>, el Conflicts Tactics Scale (CTS)<sup>11</sup> y el de Ambuel<sup>12</sup>; seleccionamos 10 preguntas: 5 de maltrato psíquico, 4 de maltrato físico y 1 de maltrato sexual (anexo 1). Las preguntas originales fueron sometidas a una doble traducción por personas independientes. Seleccionamos el número y el tipo de preguntas procurando representar, para cada tipo de maltrato, las conductas que la ONU identifica como parte de éste<sup>5</sup>. Así, las 5 preguntas que recogen el abuso psíquico reflejan los comportamientos más habituales dirigidos a mantener el control sobre la persona agredida, las 4 preguntas de maltrato físico están referidas a un rango de posibilidades sobre la forma y la gravedad de éste, y la pregunta de abuso sexual recoge de forma casi textual la definición de este tipo de maltrato, y que consideramos por ello suficiente. De este modo, el número de preguntas contenidas en el cuestionario para cada tipo de maltrato buscaba representar en la definición operativa las formas más habituales de ejercerlo.

Nueve preguntas estaban redactadas en positivo y una en negativo; esta última fue recodificada para el análisis (n.º 1). La escala fue de tipo Likert con 5 opciones, desde «nunca» a «casi siempre».

Además recogimos variables clínicas: salud subjetiva medida como en la Encuesta Nacional de Salud (ENS); 9 síntomas físicos relacionados con la situación de maltrato<sup>12</sup> codificados como presente/ausente; consumo de fármacos: número y tipo; y salud psíquica: medida con la versión de 28 ítems del General Health Questionnaire (GHQ-28), validado en población española<sup>13</sup>.

El resto de las variables fueron: edad, estado civil, situación laboral y nivel de instrucción (Instituto Nacional de Estadística), clase social según la clasificación inglesa adaptada a la Clasificación Nacional de Ocupaciones<sup>14</sup> y grupo étnico («castellano»/gitano/otros).

Una vez diseñado el cuestionario realizamos una «Prueba de jueces» con 10 especialistas en MF, algunos con experiencia en el tema, cuyo objetivo era evaluar la validez aparente (*face validity*) de los ítems seleccionados previamente<sup>15</sup>.

Después de introducir las modificaciones sugeridas por los «jueces», el cuestionario se administró a 10 mujeres procedentes de la población en la que se iba a realizar el estudio. El objetivo de esta «prueba piloto» era probar la comprensión de las preguntas, las posibles resistencias o dificultades para responderlas, su ordenamiento y el tiempo de administración del cuestionario.

El cuestionario fue administrado mediante entrevista en el CS; participaron 7 entrevistadores y uno solo realizó 278 entrevistas (71,1%). Después de salir de la consulta se invitaba a la mujer que había sido seleccionada a participar en un estudio sobre «la salud de las mujeres» y, en caso de aceptar, era entrevistada por una persona adiestrada, en condiciones estandarizadas, respetando la intimidad, sin presencia de terceros y garantizando la confidencialidad; con este objeto elaboramos un manual para los entrevistadores que presentamos en una reunión donde se explicaron el proyecto y las normas de la realización de la entrevista.

Construimos la variable MT dicotómica (sí/no) con el siguiente criterio: recodificando como «no maltrato» las respuestas «nunca» y «casi nunca» en las preguntas 1, 2 y 5, y «nunca» en el resto de preguntas; y recodificando las restantes categorías como «sí maltrato». Consideramos que hay MT cuando la respuesta a una pregunta es positiva, es decir, que cualquiera de estas formas de conducta significa maltrato si ocurre alguna vez, excepto «respetar los sentimientos», «insultar...» e «intentar controlar...», en que optamos por un criterio más permisivo y definimos estas conductas como sinónimo de violencia sólo si su frecuencia alcanzaba la categoría «algunas veces».

### Análisis de datos

1. Estudio descriptivo de las características de las mujeres y de las respuestas a las preguntas de maltrato.
2. Test de Edwards para valorar la capacidad discriminativa de los ítems, que consiste en comparar la puntuación media de cada ítem en 2 grupos: el de personas cuya puntuación total en la escala de malos tratos está por encima del percentil 80 y el de las que obtienen una puntuación por debajo del percentil 20. Se deberían excluir aquellas preguntas para las cuales esta comparación de medias no alcanzara resultados significativos.
3. Partiendo del modelo original de 3 dimensiones teóricas que dio lugar al cuestionario, se consideró la prueba de que el número de factores era 3; extraídos los factores por máxima verosimilitud y hecho el contraste de hipótesis para el número de factores, éste fue claramente significativo, lo que indicaba que el modelo de 3 factores no era aplicable en la población estudiada. Por ello, llevamos a cabo un análisis factorial exploratorio dirigido a obtener las dimensiones subyacentes en la escala. Para extraer los factores utilizamos el método de componentes principales y rotación Varimax, incluidos los ítems con autovalores > 1. Se avaluó la adecuación de la muestra con el índice de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) y el test de esfericidad de Barlett.
4. Fiabilidad interobservador. Mediante ANOVA de 1 vía comparamos las puntuaciones medias de la escala global y las dimensiones de maltrato en los cuestionarios administrados, por un lado, por la persona que hizo 278 y, por otro, el resto.
5. Para cada pregunta obtuvimos el coeficiente de correlación ítem-escala extrayendo el ítem y el alfa de Cronbach también sin el ítem, de forma que un aumento del alfa de Cronbach al extraer un ítem indica que éste disminuye la consistencia interna de la escala, y una disminución del alfa, lo contrario.
6. Analizamos la validez de constructo probando 4 hipótesis con otras tantas características de las mujeres que deberían guardar una estrecha correlación con la presencia de malos tratos (validez convergente): la presencia de síntomas físicos, el consumo de fármacos, el malestar psíquico medido con el GHQ y punto de corte 5/6<sup>13</sup>, y la salud percibida; aplicamos la técnica de comparación de grupos extremos en mujeres que habían y no habían presentado malos tratos; contrastamos el número de síntomas y de fár-

**TABLA 1** Características sociodemográficas de las mujeres estudiadas

Variable	N (%)
<b>Estado civil</b>	
Soltera	54 (13,8)
Casada/pareja estable	268 (68,5)
Separada/divorciada	19 (4,9)
Viuda	50 (12,8)
<b>Convivencia</b>	
Marido/pareja	297 (76,2)
Familia origen/familia pareja	31 (7,8)
Sola/con amigos	25 (6,4)
Hijos	37 (9,4)
No consta	1 (0,3)
<b>Estudios</b>	
Analfabeta	31 (7,9)
Sin estudios	60 (15,3)
Primarios	95 (24,3)
Secundarios	172 (44)
Universitarios	33 (8,5)
<b>Situación laboral</b>	
Trabaja	132 (33,8)
Parada	44 (11,3)
Jubilada/pensionista	79 (20,2)
Estudiante	7 (1,8)
Ama casa	129 (33)
<b>Grupo étnico</b>	
Castellano	345 (88,2)
Gitano	34 (8,7)
Otros	7 (1,8)
No consta	5 (1,3)
<b>Clase social</b>	
I	12 (3,1)
II	18 (4,6)
III	47 (12)
IV	161 (41,1)
V + VI	137 (35)
No consta	16 (4,1)

macos con el test de la t de Student, y la salud percibida y la prevalencia de malestar psíquico con el test de la  $\chi^2$ . Los datos se analizaron con el programa SPSS 11.0.

## Resultados

Tras la «prueba de jueces» corregimos la redacción de 2 preguntas para evitar interpretaciones dudosas y ampliamos la escala de respuestas de 3 a 5 opciones.

Con la prueba piloto detectamos la dificultad de responder a la pregunta 1: «su pareja no respeta sus sentimientos», que reformulamos en positivo; no observamos resistencia a responder a las preguntas. El tiempo medio de respuesta fue de 10 min.

La tasa de respuesta fue del 98%; las 8 mujeres que se negaron a participar alegaron «falta de tiempo» y fueron reemplazadas.

La edad media  $\pm$  desviación estándar (DE) de las mujeres es de 46,1  $\pm$  17,19 años; el 68% están casadas o con pareja y el 14%, solteras. El porcentaje de analfabetas es del 8%, igual que el de universitarias. El 36% trabaja fuera del hogar y el 33% sólo trabaja en la casa. El 9% es de etnia gitana. Sólo un 3% de mujeres pertenecen a la clase social I (tabla 1). Las respuestas a las preguntas de MT aparecen en la tabla 2. En las comparaciones del test de Edwards se obtuvo un valor de  $p < 0,001$  para 8 preguntas y de  $p < 0,01$  para 2, lo que muestra la capacidad discriminativa de todos los ítems.

Del análisis factorial exploratorio se extraen 2 factores que explican el 64,21% de la varianza, el índice de KMO fue 0,891 y el test de esfericidad de Barlett de 2.053,37 ( $p < 0,001$ ) (tabla 3).

El ítem «su pareja le ha pegado» tiene una saturación más elevada en el factor 1 (0,630); sin embargo, también muestra un coeficiente alto en el factor 2 (0,541). Algo similar, pero a la inversa, ocurre con la pregunta referida a «romper objetos».

No hubo diferencias significativas entre las puntuaciones obtenidas por los entrevistadores.

El coeficiente de consistencia interna de la escala global (tabla 2) y de ambas dimensiones (tabla 3) es  $> 0,70$ . En las mujeres que han sufrido malos tratos, el número de síntomas y de fármacos es superior (tabla 4), la salud percibida es peor y el malestar psíquico, más frecuente (tabla 5).

## Discusión

Los ítems de la escala de MT muestran unas propiedades psicométricas buenas: presentan coeficientes de correlación ítem-escala con valores  $> 0,20$ , contribuyen a mejorar la consistencia interna de su dimensión y de la escala global<sup>15</sup>, y discriminan adecuadamente entre las mujeres que sufren maltrato y las que no lo sufren. Los valores de los coeficientes de correlación ítem-escala y del alfa de Cronbach al extraer el ítem expresan la medida en que las preguntas miden aspectos relacionados entre sí, y hablan de la fiabilidad de la escala.

En teoría, se podría concebir la práctica de formas diferenciadas de violencia contra una persona sobre las esferas física, psíquica o sexual, pero en la realidad resulta artificial separar el sufrimiento psíquico del que tiene su origen en una agresión física o sexual, por lo que estas formas de agresión suponen también una violencia psíquica y, al mis-

**TABLA 2** Estadística descriptiva de las preguntas de malos tratos

Pregunta	%	Media ± DE	Percentil 50/75	Correlación I-E <sup>b</sup>	α <sup>c</sup>
<b>1. Respeta sus sentimientos<sup>a</sup></b>					
Nunca	5,4				
Casi nunca	5,9	1,8 ± 1,2	1/3	0,69	0,86
Algunas veces	14,9				
Bastantes veces	7,4				
Casi siempre	66,4				
<b>2. Insulta, avergüenza o humilla</b>					
Nunca	68,9	1,68 ± 1,1	1/2,5	0,78	0,85
Casi nunca	6,2				
Algunas veces	14,1				
Bastantes veces	8,7				
Casi siempre	2,1				
<b>3. Amenaza a usted, sus hijos o alguna persona querida</b>					
Nunca	82,6	1,38 ± 0,9	1/1	0,8	0,85
Casi nunca	3,1				
Algunas veces	7,9				
Bastantes veces	5,9				
Casi siempre	0,5				
<b>4. Rompe alguna de sus cosas o algún objeto de la casa</b>					
Nunca	79,2	1,38 ± 0,8	1/1	0,67	0,86
Casi nunca	7,2				
Algunas veces	9,5				
Bastantes veces	3,6				
Casi siempre	0,5				
<b>5. Intenta controlar su vida o movimientos</b>					
Nunca	67,2	1,81 ± 1,3	1/3	0,63	0,87
Casi nunca	5,6				
Algunas veces	12,3				
Bastantes veces	7,7				
Casi siempre	7,2				
<b>6. Pega</b>					
Nunca	82,1	1,34 ± 0,8	1/1	0,74	0,85
Casi nunca	5,6				
Algunas veces	7,7				
Bastantes veces	4,3				
Casi siempre	0,3				
<b>7. Produce heridas</b>					
Nunca	92,1	1,13 ± 0,5	1/1	0,66	0,87
Casi nunca	2,8				
Algunas veces	4,1				
Bastantes veces	1				
Casi siempre	0				

(Continúa)

**TABLA 2** Estadística descriptiva de las preguntas de malos tratos (Continuación)

	%	Media ± DE	Percentil 50/75	Correlación I-E <sup>b</sup>	α <sup>c</sup>
<b>8. Obliga a mantener relaciones sexuales sin querer usted</b>					
Nunca	84	1,35 ± 0,9	1/1	0,52	0,87
Casi nunca	2,8				
Algunas veces	8,5				
Bastantes veces	3,4				
Casi siempre	0,8				
<b>9. Amenaza con un arma</b>					
Nunca	96,4	1,05 ± 0,3	1/1	0,51	0,88
Casi nunca	1,5				
Algunas veces	1,5				
Bastantes veces	0,5				
Casi siempre	0				
<b>10. Hierde con un arma u otro objeto</b>					
Nunca	97,7	1,03 ± 0,2	1/1	0,33	0,88
Casi nunca	1,5				
Algunas veces	0,8				
Bastantes veces	0				
Casi siempre	0				
Escala		13,9 ± 6,04	11/15		0,8928

<sup>a</sup>Valores de la pregunta recodificada.

<sup>b</sup>Correlación ítem-escala extrayendo el ítem.

<sup>c</sup>α de Cronbach extrayendo el ítem.

mo tiempo, toda violencia psíquica tiene expresión en el cuerpo, aunque sea por vía indirecta. Además, las 3 formas de abuso se producen habitualmente de forma simultánea, sobre todo a medida que va progresando la escalada de la violencia dentro de una pareja.

El término constructo hace referencia a una idea abstracta utilizada para explicar un hecho; en este sentido, es un concepto hipotético que responde a un marco teórico determinado; por otra parte, las personas tienen un constructo mental para interpretar o explicar cada fenómeno de una manera propia, más allá de los modelos teóricos al respecto; la investigación a través de un cuestionario permite desvelar cuál es dicho constructo empírico, para un colectivo de personas y en un contexto cultural definido.

El modelo clásico originalmente propuesto no resultó el apropiado por el número de factores, lo que indica una estructura factorial distinta. A partir del análisis factorial exploratorio se reveló la presencia de un constructo empírico en las mujeres de nuestro medio social y cultural, integrado por dos dimensiones latentes del maltrato. La primera dimensión, que llamamos *maltrato menos severo* o de *menor grado*, incluye cuatro preguntas de maltrato psíquico –insultos, humillaciones, falta de respeto y control de la vida–, éstas son formas de conducta que reflejan una intenciona-

**TABLA 3** Cargas factoriales de los ítems de malos tratos. Coeficientes de correlación ítem-escala y alfa de Cronbach de los factores

	Factor 1			Factor 2		
	Cargas factoriales	Coefficiente ítem-escala	Alfa de Cronbach	Cargas factoriales	Coefficiente ítem-escala	Alfa de Cronbach
Insultado, avergonzado o humillado	0,819	0,79	0,82			
No respetar sus sentimientos	0,810	0,72	0,84			
Intentado controlar su vida o sus movimientos	0,776	0,65	0,86			
Amenazado a usted, a sus hijos o a alguna persona querida	0,713	0,74	0,84			
Obligado a mantener relaciones sexuales sin querer usted	0,630	0,53	0,87			
Pegado	0,630	0,67	0,85	,541		
Herido con un arma u otro objeto				0,787	0,63	0,56
Amenazado con un arma				0,752	0,61	0,63
Producirle heridas				0,669	0,51	0,70
Roto alguna de sus cosas o algún objeto de la casa	0,499			0,629	0,62	0,68
Alfa de Cronbach		0,8688			0,7072	

**TABLA 4** Características clínicas de las mujeres que han sufrido y no han sufrido malos tratos

	Mediana		Media ± DE		Percentiles	
	MTSI	MTNO	MTSI	MTNO	MTSI	MTNO
Número síntomas <sup>a</sup>	4	3	4,99 ± 2,01	2,69 ± 1,9	3/4/5	1/3/4
Número fármacos <sup>b</sup>	1,5	1	1,72 ± 1,5	1,22 ± 1,37	1/1,5/3	0/1/2

MTSI: maltrato sí; MTNO: maltrato no.

<sup>a</sup>p < 0,001. <sup>b</sup>p = 0,001.

**TABLA 5** Salud percibida y el malestar psíquico de las mujeres que han sufrido y no han sufrido malos tratos

Salud percibida	Sí	No	$\chi^2$	p
	N (%)	N (%)		
Muy buena	6 (3,2 %)	23 (11,6%)		
Buena	53 (28,3%)	76 (38,2%)	29,884	< 0,001
Regular	83 (44,4)	79 (39,7)		
Mala	32 (17,1%)	7 (3,5%)		
Muy mala	13 (7%)	14 (7%)		
GHQ (corte 5/6)				
Normal	67 (37,9)	123 (62,4)	22,54	< 0,001
Patológico	110 (62,1)	74 (37,6)		

lidad clara de dominación sobre la mujer; la pregunta de abuso sexual, lo cual significa que las mujeres perciben esta violencia estrechamente ligada con la humillación y el control que se ejerce a través de un acto sexual; y, por último, la pregunta «pegar», que representa un aspecto de maltrato físico; es posible que, debido a la formulación poco concreta de ésta, que puede englobar diferentes grados de gravedad, las mujeres la hayan interpretado como empujo-

nes o golpes más que como una paliza grave, y ello haya propiciado su aparición en este factor.

La segunda dimensión empírica, el *maltrato severo* o de *mayor grado*, incluye los ítems más graves de maltrato físico: «producir heridas», «amenazar con un arma» y «herir con un arma», así como una pregunta de violencia psíquica: «romper objetos de la casa»; parece que esta conducta representa para las mujeres una manifestación de extrema violencia cuando se produce en su relación de pareja, e implica una connotación de gravedad del maltrato. Esto indica que, en caso de que se produzca dicha agresión, los profesionales deberían valorar la existencia de un riesgo potencial para la integridad de la mujer que la sufre.

Ambas dimensiones del maltrato nos indican otro posible constructo empírico no menos interesante que el anterior. Las preguntas de cada dimensión reflejan conductas que, por su expresión y/o consecuencias, pueden ser ocultadas o no con distinto grado de dificultad y, por tanto, pueden pasar o no inadvertidas en el entorno de la mujer que sufre el maltrato. Según este punto de vista, podríamos hablar de violencia o *malos tratos ocultables* y *no ocultables*. Para las mujeres que sufren los malos tratos de menor severidad parece factible mantener oculta la relación de violencia frente a su entorno social e incluso familiar, ya que es sabido que el agresor ejerce la violencia en ausencia de las personas más próximas. Esta forma de vivenciar los malos tratos es congruente con los sentimientos más frecuentes de las mujeres, vergüenza y negación<sup>16</sup>.

Las preguntas «pegar» y «romper objetos» tienen cargas factoriales altas en la dimensión no asignada; esto significa que hay mujeres que no tendrían claramente definido en qué factor ubicar esas conductas y, a la vez, indica la idea de que en el pensamiento de las mujeres estudiadas hay una interrelación de ambos niveles o tipos de maltrato. Diferentes autores clasifican los malos tratos, según su propio

Discusión  
Cuadro resumen

### Lo conocido sobre el tema

- Los malos tratos a las mujeres por parte de su pareja son un problema cuyo diagnóstico va en aumento.
- Las consecuencias de los malos tratos para la salud de las mujeres son graves y afectan a todas las esferas de su vida: física, psíquica y social.
- En la mayor parte de la bibliografía se analiza el tema considerando que los malos tratos tienen 3 componentes diferenciados: el maltrato físico, el maltrato psíquico y el maltrato sexual.

### Qué aporta este estudio

- En las mujeres de nuestro entorno social y cultural se identifican 2 dimensiones del maltrato, una de malos tratos de menor gravedad y fácilmente ocultables y otra de mayor gravedad y no ocultable.
- Las mujeres que tienen la experiencia de haber sufrido malos tratos por su pareja presentan peor salud subjetiva, más síntomas, mayor consumo de medicamentos y más malestar psíquico que el grupo de mujeres que no han sido sometidas a maltrato.
- El instrumento diseñado para medir los malos tratos tiene características adecuadas para su aplicación en las consultas de atención primaria.

criterio, en 2 categorías: de baja/menor severidad y de elevada/mayor severidad, basándose en la frecuencia y/o en el tipo de agresión que sufre la mujer<sup>17-19</sup>.

La escala Index of Spouse Abuse (ISA)<sup>10</sup> contiene 30 preguntas para medir 2 dimensiones: abuso físico y abuso no físico; sin embargo, el análisis factorial dio resultados diferentes en 2 grupos de mujeres estudiados. El primero fue una muestra de mujeres de una casa de acogida que habían sufrido maltrato físico y, por tanto, maltrato psíquico con una gran probabilidad; en este grupo, el coeficiente de correlación entre las dimensiones de abuso físico y no físico fue de 0,86, sin que aparecieran 2 factores independientes. Pero sí aparecían diferenciados los 2 factores citados en las mujeres de población general y, en este caso, la correlación entre ambas dimensiones fue sólo de 0,66. Estos resultados indican que el constructo malos tratos está en función de la experiencia vivida, por lo que puede ser diferente

en distintas poblaciones de mujeres. En las mujeres de nuestro estudio observamos que los 2 factores empíricos no se corresponden nítidamente con aspectos físicos y psíquicos de la violencia, y las preguntas que se refieren a ambos tipos de conducta aparecen, en parte, mezcladas en las 2 dimensiones. Además, el coeficiente de correlación entre ambas dimensiones es 0,69, suficientemente bajo para justificar la permanencia de 2 factores separados en la escala.

Los resultados de las comparaciones de grupos extremos hablan de la validez de constructo de la escala de MT. Como en otros estudios, en nuestro medio, las mujeres que han sufrido maltrato presentan más problemas de salud físicos<sup>6,19</sup> y consumen mayor número de fármacos<sup>20</sup>. Algunos estudios han mostrado la presencia de una relación dosis-respuesta entre la severidad de la violencia sufrida y la respuesta, medida ésta por el número de síntomas físicos inespecíficos que la mujer presenta<sup>17,19</sup> o por el incremento de riesgo de que haya una depresión<sup>18</sup>.

La salud percibida es un indicador que presenta buen grado de validez para reflejar resultados en la salud<sup>21,22</sup>. En nuestro medio, el 24% de las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia declara percibir su salud como mala o muy mala, frente al 10,6% de las que no la han sufrido. Esta relación también se encuentra en estudios realizados en otros países. En una muestra poblacional de mujeres hispanas residentes en Estados Unidos<sup>23</sup> se observa un incremento de riesgo de peor salud percibida en las que han sufrido malos tratos, las cuales consideran que su salud es peor que la de sus iguales. De igual modo, la percepción de la salud empeora en mujeres y varones que sufren violencia física o psíquica por parte de su pareja a lo largo de la vida<sup>20</sup>. Entre mujeres norteamericanas, un *path* análisis muestra el efecto directo de la violencia física sobre la percepción de salud mental, y ésta, a su vez, sobre la percepción de salud física<sup>24</sup>.

La prevalencia de diferentes tipos de trastorno psíquico es siempre superior en las mujeres sometidas a cualquiera forma de maltrato<sup>6,24,25</sup>, y este aumento de frecuencia se observa independientemente de que la violencia sea o no reciente<sup>18,26</sup>. Entre las mujeres que hemos estudiado, un 62,4% de las que han sufrido violencia presenta un valor patológico en la escala de malestar psíquico, frente al 38% de las mujeres no expuestas a maltrato. En población española consultante aparecen prevalencias del 38 al 44%<sup>27,28</sup>. La limitación más importante del estudio afecta a la validez externa debido a que las mujeres son consultantes; ello conlleva un aumento de la representación de hiperfrecuentadoras que, a su vez, son las que tienen peor salud física y mental<sup>29</sup>. Este sesgo de selección existe a pesar de que el período de muestreo se amplió a 6 meses. Evaluamos este sesgo comparando algunos datos muestrales con la última ENS<sup>30</sup>, y encontramos peor salud percibida y mayor consumo de fármacos en las mujeres de nuestro estudio. No obstante, creemos que ésta no es una limitación muy im-

portante a efectos de considerar la validez de la escala de MT.

En conclusión, creemos que la escala analizada presenta adecuadas fiabilidad y validez para el estudio de los malos tratos, aporta la visión que tienen las mujeres del problema en nuestro medio y reúne características de aplicabilidad muy adecuadas para su uso en atención primaria.

## Bibliografía

- Fernández Alonso MC, Herrero Velásquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J, et al. Violencia en la pareja: papel del médico de familia. *Aten Primaria*. 2003;32:425-33.
- Mujeres en cifras. Violencia. Instituto de la Mujer [en línea] [accedido 1 Jun 2005]. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/principa.htm>.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. La violencia contra las mujeres. Resultados de la Macroencuesta. Madrid, marzo de 2000.
- Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, et al. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria*. 2004;34:117-27.
- Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization; 2002.
- McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Dill L, Schroeder AF, DeChant HK, et al. The «battering syndrome»: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Ann Intern Med*. 1995;123:737-46.
- Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002;359:1331-6.
- Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Ending violence against women. Population report series L, number 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program; 1999.
- ONU. Asamblea General de Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. 20 de diciembre de 1993. Resolución A/RES/48/104. New York: ONU; 1994.
- Hudson WW, McIntosh SR. The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions. *J Marriage Fam*. 1981;43:873-88.
- Straus MA. Measuring intrafamily conflict and violence: the Conflicts Tactics (CT) Scales. *J Marriage Fam*. 1979;41:75-88.
- Ambuel B, Hamberger LK. Family Peace Project [en línea]. *Family & Community Medicine*. Medical College of Wisconsin (USA) marzo 1995 [accedido 21 Jul 1999]. Disponible en: <http://www.family.mcw.edu/FamilyPeaceProject.htm>
- Duch Campodarbe FR, Ruiz de Porras Roselló L, Gimeno Ruiz de Porras D. Recursos psicométricos utilizables en atención primaria. Barcelona: Novartis Farmacéutica; 1999. p. 36.
- Domingo A, Marcos J. Propuesta de un indicador de clase social basado en la ocupación. *Gac Sanit*. 1989;10:320-6.
- Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. A practical guide to their development and use. New York: Oxford University Press; 1994.
- McCauley J, Yurk R, Jeckes M, Ford d. Inside «Pandora's Box». Abused women's experiences with clinicians and health services. *J Gen Intern Med*. 1998;13:549-55.
- McCauley J, Kern DE, Kolodner K, Derogatis LR, Bass EB. Relation of low-severity violence to women's health. *J Gen Intern Med*. 1998;13:687-91.

- Wise LA, Zierler S, Krieger N, Harlow BL. Adult onset of major depressive disorder in relation to early life violent victimization: a case-control study. *Lancet*. 2001;358:881-7.
- McNutt LA, Carlson BE, Persaud M, Postmus J. Cumulative abuse experiences, physical health and health behaviors. *Ann Epidemiol*. 2002;12:123-30.
- Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *Am J Prev Med*. 2002;23:260-8.
- McGee D, Liao Y, Cao G, Cooper R. Self-reported health status and mortality in a multiethnic US cohort. *Am J Epidemiol*. 1999;149:41-6.
- Grant M, Piotrowski Z, Chappell R. Self-reported health and mortality in the Longitudinal Study of Aging, 1984-1986. *J Clin Epidemiol*. 1995;48:375-87.
- Lown EA, Vega WA. Intimate partner violence and health: self-assessed health, chronic health, and somatic symptoms among Mexican women. *Psychosomatic Med*. 2001;63:352-60.
- Coker AL, Watkins KW, Smith PH, Brandt HM. Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models. *Prev Med*. 2003;37:259-67.
- Mullen PE, Romans-Clarkson SE, Walton VA, Herbison GP. Impact of sexual and physical abuse on women's mental health. *Lancet*. 1988;16:841-5.
- Scholle SH, Rost KM, Golding JM. Physical abuse among depressed women. *J Gen Intern Med*. 1998;13:607-13.
- Martínez Álvarez JM, Marijuán Arcocha L, Retolaza Balsategui A, Duque Valencia A, Cascan Martín JM. Estudio de morbilidad psiquiátrica atendida en el centro de salud de Basauri. *Aten Primaria*. 1993;11:127-32.
- Herrán A, Vázquez-Barquero JL, Artal J, García J, Iglesias C, Montejo J, et al. El reconocimiento de la enfermedad mental en atención primaria y sus factores determinantes. *Actas Esp Psiquiatr*. 1999;27:87-95.
- Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Psychological and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychol Med*. 1999;29:1347-57.
- Encuesta Nacional de Salud. Instituto Nacional de Estadística [en línea] [accedido Feb 2004]. Disponible en: <http://www.ine.es/ine-base/cgi/axi>.

## ANEXO 1

### Questionario de malos tratos

#### Preguntas

Su marido/pareja

- ¿Respeto sus sentimientos?
- ¿La ha insultado, avergonzado o humillado?
- ¿Les ha amenazado a usted, a sus hijos o a alguna persona querida?
- ¿Ha roto alguna de sus cosas o algún objeto de la casa?
- ¿Ha intentado controlar su vida o sus movimientos?
- ¿Le ha pegado?
- ¿Ha llegado a producirle heridas?
- ¿La ha obligado a mantener relaciones sexuales sin querer usted?
- ¿La ha amenazado con un arma?
- ¿Ha llegado a herirla con un arma o con otro objeto?

#### Escala de respuestas

- (1) Nunca (2) Casi nunca (3) Algunas veces (4) Bastantes veces  
(5) Casi siempre