

Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada

M^a Pilar Matud Aznar
Universidad de La Laguna

Presentamos un estudio sobre el impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. La muestra está formada por 270 mujeres que eran o habían sido maltratadas por su pareja y un grupo de comparación de 269 mujeres que no habían sufrido tales abusos. Las mujeres maltratadas, frente al grupo control, tenían más síntomas de depresión grave, ansiedad e insomnio y síntomas somáticos. Se sentían más inseguras y tenían menos autoestima y apoyo social. Además, informaban de sufrir mayor número de enfermedades y consumían más medicamentos. Las mujeres en proceso de separación del agresor y las que habían sido maltratadas más recientemente tenían más síntomas de ansiedad y depresión, su autoestima era menor y se sentían más inseguras que las mujeres que, aunque tenían historia de maltrato, se habían separado del agresor y habían logrado rehacer su vida.

The Impact of Domestic Violence on the Health of Abused Women. This study examines the impact of domestic violence on the health of abused women. A sample of 270 women who had been, or were currently being, abused by their partners was compared to a control group of 269 women who had not been abused. The abused women suffered more symptoms of serious depression, anxiety and insomnia, and somatic symptoms than the control group. They felt more insecure, had lower self-esteem and less social support. Additionally, they reported suffering a greater number of illnesses and took more medications. The women who were in the process of separating from their abuser, and those who had most recently been abused, experienced more symptoms of anxiety and depression, had lower self-esteem and felt more insecure than the women who, although they had a history of abuse, had already separated from the abuser and had been able to rebuild their lives.

Una de las formas más frecuentes de violencia contra las mujeres es la causada por su cónyuge, pareja o ex pareja, siendo más probable en estos casos que sufran ataques repetidos, lesiones, violaciones o que mueran que en el caso de ser atacada por otro tipo de agresores (Browne y Williams, 1993). Abuso que se considera como un problema importante de salud pública (Fischbach y Herbert, 1997; Heise y García-Moreno, 2002; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998). Aunque la violencia doméstica no se restringe al maltrato a la mujer por su pareja, sí es la forma más frecuente y en ella se centra este trabajo. Se denomina violencia contra la pareja a cualquier conducta dentro de una relación íntima que cause daño físico, psicológico o sexual a alguno de los miembros de la relación, incluyendo agresiones físicas (golpes, patadas, palizas...); abuso psicológico (intimidación, menosprecio, humillaciones...); relaciones o conductas sexuales forzadas; y conductas de control, tales como aislamiento, control de las actividades y restricciones en el acceso a información y asistencia (Heise y García-Moreno, 2002). Aunque en algunos estudios se ha encontrado que hay mujeres que también son violentas con su pareja, los resultados indican que en la mayoría de los casos son los hombres los agresores, siendo sus ataques más graves y con ma-

yor probabilidad de más actos agresivos en un solo episodio. Y sufren lesiones y mueren a manos de su pareja muchas más mujeres que hombres (Browne, 1993; Council on Scientific Affairs, 1992; Lorente, 2001; Walker, 1999).

Dado que es un fenómeno que se mantiene muchas veces oculto, es difícil conocer su prevalencia, habiéndose encontrado en 48 encuestas realizadas en diversos países que entre el 10% y el 69% de las mujeres habían sido agredidas físicamente por sus parejas en algún momento de sus vidas (Heise y García-Moreno, 2002). Y en estudios realizados en diversos países se ha encontrado que su incidencia oscila entre el 10% y el 14,4% (Römkens, 1997). Respecto a los datos de la población española, el Instituto de la Mujer realizó en 1999 una macroencuesta que indica que el 9,2% de las mujeres mayores de 18 años sufren violencia en sus relaciones de pareja (Alberdi y Matas, 2002).

Son muchos los estudios que constatan que el maltrato a la mujer por parte de su pareja incide de forma importante en la salud de la víctima, ya que, además de las posibles lesiones físicas sufridas, tiene gran impacto psicológico y supone un factor de riesgo para la salud a largo plazo (Koss, Koss y Woodruff, 1991). Además de existir evidencia de peor salud física en la mujer maltratada, se ha detectado con bastante frecuencia sintomatología depresiva, de ansiedad, disminución de la autoestima y trastorno de estrés postraumático (véase, por ejemplo, Aguilar y Nightindale, 1994; Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 2002; Campbell y Soeken, 1999; Dutton y Painter, 1993; Echeburúa, Corral y Amor, 2002; Fischbach y Herbert, 1997; Golding, 1999; Orava, McLeod y Sharpe, 1996; Roberts et al., 1998). También se han descrito

otras consecuencias como abuso de sustancias e intentos de suicidio (véanse los trabajos de revisión de Fischbach y Herbert (1997) o de Golding (1999)). Y son frecuentes los sentimientos de culpa, el aislamiento social y la dependencia emocional del hombre que la maltrata (Echeburúa y Corral, 1998).

Aunque se han encontrado reacciones comunes entre las víctimas de diversos delitos (Herrero y Garrido, 2002) y que, durante las agresiones, las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja tienen reacciones muy similares a las víctimas de otros tipos de traumas (Browne, 1993; Council on Scientific Affairs, 1992), el hecho de que existan implicaciones emocionales con el agresor y que con mucha frecuencia dependan económicamente de él, son factores importantes tanto para la dinámica del abuso como para su tratamiento (Heise y García-Moreno, 2002). Uno de los aspectos más complejos de este tipo de violencia es que, pese a su frecuencia y gravedad, la mayor parte de las mujeres permanecen con su pareja durante muchos años, y vuelven con ellas aunque hayan sido capaces de abandonarlas temporalmente. Porque, como señalan Heise y García-Moreno (2002), dejar una relación de abuso es un proceso que incluye períodos de negación, culpa y sufrimiento antes de que las mujeres sean capaces de reconocer la realidad del maltrato, punto que suele señalar el comienzo de la separación y de la recuperación del abuso. Pero dejar la relación no siempre significa que la violencia cese (Amor et al., 2002; Walker, 1991), siendo un período en el cual no es infrecuente que la mujer muera a manos de su pareja o ex pareja.

Objetivo e hipótesis

El objetivo de este trabajo es estudiar el estado de salud de las mujeres maltratadas por su pareja, realizando un análisis diferencial en función de las diferentes situaciones del proceso de dejar al agresor. Se hipotetiza que las mujeres maltratadas por su pareja tendrán peor salud que las mujeres que no han sufrido tales abusos. En concreto, se plantea que tendrán mayor número de enfermedades y más sintomatología somática, depresiva y de ansiedad; que su autoestima será menor y que su funcionamiento social será más deficiente. Y también se espera que las mujeres cuya situación implica mayor riesgo de abusos y las que han sufrido maltrato más recientemente tengan peor salud que aquellas que ya han logrado rehacer su vida y no son maltratadas por su pareja.

Método

Participantes

La muestra está integrada por 270 mujeres que habían sido o estaban siendo maltratadas por su pareja y un grupo de control de 269 mujeres que no eran ni habían sido víctimas de tales abusos. En la tabla 1 presentamos las principales características sociodemográficas. Como puede observarse, no hay diferencias significativas entre ambos grupos en el nivel de estudios, ocupación, estado civil ni en el número de hijos/as, pero la edad media del grupo de mujeres maltratadas es algo menor. Destaca la gran diversidad en las variables sociodemográficas y que los niveles educativos y ocupacionales son similares a los de la población femenina general.

Instrumentos

- 1) *Cuestionario de Salud General de Goldberg* en su versión en escalas (GHQ-28; Goldberg y Hillier, 1979). Prueba di-

señada 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. Consta de 4 subescalas formadas por 7 ítems cada una que representan las dimensiones de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave, que no son totalmente independientes entre sí y «representan dimensiones de sintomatología y no se corresponden necesariamente con diagnósticos psiquiátricos» (Lobo y Muñoz, 1996, p. 43). En este estudio se ha utilizado la puntuación tipo *Likert*, que asigna pesos desde 0 hasta 3.

- 2) *Inventario de autoestima (A Self-Esteem Inventory, SEQ, Rector y Roger, 1983)*. En su versión original consta de 58 ítems con 4 alternativas de respuesta que reflejan la valoración del grado de incertidumbre en varias competencias: personal, interpersonal, familiar, de logro y atractivo físico. En la validación con muestras españolas se encontraron dos factores correlacionados: uno que evalúa autoestima, cuya consistencia interna es de 0.91, y otro que recoge los componentes de seguridad en sí mismo/a, cuya consistencia interna es de 0.87 (Matud, Ibáñez, Marrero y Carballeira, 2003).

	Maltratadas (n= 270) %	No maltratadas (n= 269) %	Comparación
			χ^2
Nivel de estudios:			
Primarios	67.8	70.6	
Secundarios	25.9	22.3	
Universitarios	6.3	7.1	1.01 (n.s.)
Ocupación:			
Amas de casa	35.1	36.2	
Empleo manual	46.6	46.3	
Empleo no manual	13.4	11.6	
Profesional	3.1	4.5	
Estudiante	1.9	1.5	1.23 (n.s.)
Estado civil:			
Soltera	14.9	14.5	
Casada/unión de hecho	53.7	59.5	
Separada	20.9	16.0	
Divorciada	9.7	9.3	
Viuda	0.7	0.7	2.58 (n.s.)
Número de hijos/as:			
Ninguno	9.3	13.0	
Uno	26.0	30.9	
Dos	32.7	27.1	
Tres	21.2	17.8	
Más de tres	10.8	11.2	4.96 (n.s.)
	Media (DT)	Media (DT)	t
Edad	36.54 (10.11)	40.30 (11.01)	4.14***
(n.s.) no significativo; *** p<0.001			

- 3) *Inventario de Apoyo Social* (AS, Matud, 1998; Matud, Ibáñez, Bethencourt, Marrero y Carballeira, 2003). Consta de 12 elementos con cuatro alternativas de respuesta que se refieren a la percepción de disponibilidad de apoyo en las áreas afectiva, económica, laboral, de información..., que se agrupan en un factor cuya consistencia interna es de 0.91.
- 4) *Entrevista semiestructurada de historia y tipo de maltrato* (Matud, 1999). Recoge las variables más relevantes del maltrato por parte de la pareja, incluyendo datos sobre los tipos de abuso, su comienzo, duración y la situación actual de la mujer maltratada.
- 5) *Hoja de recogida de información general y de salud* (Matud, 1999; Matud et al., 2003), en la que se recogen las principales variables sociodemográficas y de salud, así como el consumo de medicamentos, de alcohol y de otras sustancias tóxicas.

Procedimiento

Todas las mujeres participaron de forma voluntaria. El acceso a la muestra de mujeres maltratadas por su pareja fue a través de centros públicos de Atención a la Mujer de las islas de Tenerife, La Palma y Fuerteventura. Tras obtener el consentimiento informado, las mujeres fueron entrevistadas en, al menos, dos sesiones por psicólogas formadas en maltrato. Para garantizar la confidencialidad de la información y generar un clima de confianza que permitiese obtener datos fidedignos sobre la situación de la mujer, se omitió el nombre de la entrevistada y cualquier otro dato que pudiese identificarla. Con el fin de que tuviesen las mismas características sociodemográficas que las mujeres maltratadas, la muestra del grupo control se obtuvo mediante un muestreo dimensional de mujeres de la población general que no eran ni habían sido maltratadas por su pareja.

Resultados

En el grupo de mujeres maltratadas por su pareja encontramos que lo más frecuente eran los abusos físicos y psicológicos (el 46%), físicos, psicológicos y sexuales (el 33%), sólo psicológicos (el 16%) o psicológicos y sexuales (el 5%). Había gran variabilidad en el tiempo en que habían permanecido en la relación con la pareja que abusaba de ella, oscilando desde varios meses (lo que sólo se dio en el 2,4% de las mujeres) hasta 43 años, siendo la media de 11,3, la desviación típica de 10,2 y la mediana de 8 años. Y aunque también era muy diversa la edad en que las mujeres comenzaron a ser agredidas, oscilando entre 13 y 54 años (media de 24 y desviación típica de 7,4), la mitad de las mujeres fueron maltratadas antes de los 23 años y la cuarta parte lo fue antes de los 19. En el momento de ser entrevistadas, 60 de las mujeres (el 22,2%) ya se habían separado del agresor y hacía al menos un año que no eran víctimas de violencia doméstica (grupo que denominaremos «maltrato anterior»); 46 (el 17%) seguían conviviendo con el agresor; otras 46 mujeres se encontraban en algún Centro de Acogida o Piso Tutelado para víctimas de violencia; 74 (el 27,4%) se estaban separando del agresor o se habían separado, pero las seguía acosando (grupo que denominaremos «proceso de separación»); y 44 (el 16,3%) habían sido agredidas muy recientemente y estaban siendo atendidas por el Dispositivo de Emergencias para Mujeres Agredidas (DEMA) de la Comunidad Canaria.

Para conocer si existían diferencias entre las mujeres maltratadas y no maltratadas por su pareja en las escalas del GHQ-28 realizamos un análisis multivariado de covarianza (MANCOVA) usando como

covariado la edad. Encontramos efectos globales significativos [$F(4,530)= 19$; $p<0.001$; $\eta^2= 0.13$] y también fueron significativas todas las pruebas univariadas, excepto disfunción social (véase tabla 2). Como puede observarse, las mujeres maltratadas por su pareja presentan más síntomas de depresión grave, ansiedad e insomnio y somatizaciones que las mujeres que no han sufrido tales abusos.

También encontramos efecto global significativo [$F(3,528)= 24.9$; $p<0.001$, $\eta^2= 0.12$] en el MANCOVA en el que consideramos como variables dependientes los factores de autoestima, inseguridad y apoyo social, siendo todas diferencias significativas a nivel univariado. Como puede observarse en la tabla 2, las mujeres maltratadas por su pareja se sienten más inseguras y tienen menos autoestima y apoyo social, aunque en estas dos últimas variables el tamaño del efecto es muy escaso.

Finalmente, intentamos conocer si había diferencias entre ambos grupos de mujeres en el número de enfermedades autoinformadas, en el consumo de medicamentos, en la conducta de fumar y en el consumo de bebidas alcohólicas, una vez controlado el efecto de la edad, que se incluyó como covariado. Encontramos efecto global significativo [$F(4,482)= 25.3$; $p<0.001$]; $\eta^2= 0.17$], y también fueron significativos los análisis univariados. Las mujeres maltratadas, frente a las del grupo control, informaban de tener mayor número de enfermedades, de consumir más medicamentos, de fumar mayor número de cigarrillos diarios y de tomar menos bebidas alcohólicas.

Respecto al tipo de afecciones que citaban como enfermedades, en el grupo de mujeres víctimas de abusos de su pareja encontramos que la más frecuente era «depresión» (la citó el 17,4%), seguido de trastornos de ansiedad (el 15,8%) y problemas de tipo osteomuscular (el 12%). El tipo de medicamento consumido con mayor frecuencia era ansiolíticos (el 22%), seguido de antidepresivos (el 15%), siendo mucho menos frecuente los antiinflamatorios (el 2,2%) y los calmantes (el 2%). En el grupo de mujeres no maltratadas encontramos mayor variabilidad en el tipo de enfermedades autoinformadas, siendo los problemas de tipo osteomuscular los más frecuentes (los citó el 10,7%), seguidos de hipertensión (el 5,6%), trastornos de ansiedad (el 4,4%), depresión (el 4,1%) y trastornos metabólicos (también el 4,1%). Los medicamentos consumidos con mayor frecuencia en este grupo fueron los ansiolíticos (el 12,6%), seguido de calmantes (el 7%), antiinflamatorios (el 4,8%) y antidepresivos (el 4,8%).

Tabla 2
Medias (y desviaciones típicas) y comparaciones del grupo de mujeres maltratadas y no maltratadas por su pareja en las escalas del GHQ-28, en los factores de autoestima y apoyo social, en la salud autoinformada y en el consumo de sustancias

	No maltratadas	Maltratadas	F	η^2
Ansiedad e insomnio	8.36 (5.2)	11.6 (5.2)	49.5***	0.08
Depresión grave	3.73 (4.4)	7.45 (6.0)	63.1***	0.11
Síntomas somáticos	7.69 (4.3)	9.85 (4.9)	32.7***	0.06
Disfunción social	11.0 (3.2)	11.0 (4.8)	1.19 (n.s.)	-
Autoestima	37.4 (9.5)	35.0 (12.7)	6.7*	0.01
Inseguridad	25.1 (12.3)	34.9 (16.5)	61.3***	0.10
Apoyo social	22.4 (7.8)	20.9 (8.8)	6.3*	0.01
Nº de enfermedades	0.47 (0.7)	0.88 (1.1)	35.4***	0.07
Nº de medicamentos	0.64 (0.9)	0.95 (1.6)	13.8***	0.03
Nº de cigarrillos diarios	4.34 (8.9)	11.6 (15.1)	33.9***	0.07
Consumo de bebidas alcohólicas	1.75 (2.3)	0.60 (2.2)	32***	0.06

(n.s.) no significativo; * $p<0.05$; *** $p<0.001$

Para conocer en qué medida se daban diferencias en función de la situación actual relativa al maltrato de su pareja se realizaron análisis multivariados y univariados de Covarianza, tomando como factores cada uno de los cinco grupos citados (maltrato anterior, convivencia con el agresor, casa de acogida, proceso de separación y DEMA) y la edad como covariado. Y se consideraron como variables dependientes las escalas del GHQ-28 en un primer análisis; los factores de autoestima y apoyo social en el segundo; y el estado de salud autoinformado y el consumo de sustancias en otro. En el MANCOVA en que se tomaron como variables dependientes las puntuaciones en las escalas del GHQ-28 se encontró efecto global significativo [$F(16,752)= 7.3$; $p<0.001$; $\eta^2= 0.11$]. Y también fueron significativos los contrastes univariados de ansiedad, depresión y disfunción social (véase tabla 3). Los análisis *post-hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que las mujeres con maltrato anterior tenían menos ansiedad que las que convivían con el agresor, que las que estaban en proceso de separación y que las del DEMA, mostrando éstas significativamente más ansiedad que las que se encontraban en casas de acogida. Las diferencias significativas en depresión grave se limitaban a una menor sintomatología en las mujeres con maltrato anterior respecto a las que se encontraban en proceso de separación y en el DEMA. Y las mujeres que estaban en casas de acogida mostraban menor disfunción social que el resto de los grupos, siendo la del grupo de mujeres que se encontraban en el DEMA significativamente mayor que la de las demás.

También encontramos efecto global significativo en el MANCOVA que se tomaron como variables dependientes las puntuaciones en los factores de autoestima, inseguridad y apoyo social [$F(12,651)= 6.16$; $p<0.001$; $\eta^2= 0.09$], siendo significativos todos los contrastes univariados (véase tabla 3). Los análisis *post-hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que la autoestima de las mujeres que estaban en el DEMA era significativamente más baja que la del resto de los grupos; y las mujeres con maltrato anterior también tenían más autoestima que las que se encontraban en proceso de separación del agresor. Las mujeres con maltrato anterior se sentían menos inseguras que las que estaban en proceso de separación y las del DEMA, y éstas también tenían menos apoyo social, diferencias que sólo eran estadísticamente significativas respecto a las mujeres con maltrato anterior.

Y no se encontraron efectos significativos ni a nivel multivariado [$F(16,703)= 1.2$; $p>0.05$] ni univariado cuando se tomaron

como variables dependientes la salud autoinformada y el consumo de sustancias (véase tabla 3).

Discusión y conclusiones

Los datos confirman nuestra hipótesis respecto al peor estado de salud de las mujeres maltratadas por su pareja frente a las que no han sufrido tales abusos, efecto que parece ser mayor en la sintomatología depresiva y en la inseguridad en sí misma, y escaso en la autoestima, el apoyo social y en el consumo de fármacos. Concretamente, hemos encontrado que las mujeres maltratadas presentan más síntomas de depresión grave, de ansiedad e insomnio y de síntomas somáticos; informan de mayor número de enfermedades y consumen más fármacos, sobre todo antidepresivos y ansiolíticos, pese a lo cual informan de sufrir con mayor frecuencia trastornos de ansiedad y depresión. Su autoestima es algo menor, se muestran más inseguras y perciben menos apoyo social. Resultados que, en general, coinciden con los obtenidos por otros autores (véase, por ejemplo, Aguilar y Nightingale, 1994; Amor et al., 2002; Ellsberg, 1999; Koss et al., 1991). Pero no encontramos diferencias significativas en disfunción social, sino que ésta parece estar relacionada con la situación específica de abuso, siendo mayor en las mujeres que han sufrido recientemente un episodio de agresión (grupo DEMA) y menor en las mujeres que se encontraban en casas de acogida o pisos tutelados, las cuales quizá tengan menos disfunción social como consecuencia de estar en un lugar «seguro» y libre del agresor.

También se ha confirmado en buena medida nuestra hipótesis respecto a la peor salud en las mujeres cuya situación implica mayor riesgo de abusos y en las que han sufrido maltrato más recientemente respecto a aquellas que ya han logrado rehacer su vida y no sufren maltrato por parte de su pareja. Este grupo presentaba menor sintomatología depresiva, de ansiedad, menos inseguridad y más autoestima que las mujeres que estaban en proceso de separación y las del grupo del DEMA. Pero sólo se diferenciaban significativamente del grupo de mujeres que convivían con el agresor en que éstas tenían más síntomas de ansiedad e insomnio. Aunque parece no ser muy relevante en el número de enfermedades ni en el consumo de fármacos, tabaco o alcohol, parece claro que la situación respecto al abuso es relevante en la salud mental de la mujer maltratada, influyendo, sobre todo, en su autoestima,

Tabla 3
Medias (y desviaciones típicas) y comparaciones en función de la situación de abuso en las escalas del GHQ-28, en los factores de autoestima y apoyo social, en la salud autoinformada y en el consumo de sustancias

	Maltrato anterior	Convive con el agresor	Casa acogida	Proceso separación	DEMA	F	η^2
Ansiedad e insomnio	8.97(4.7)	11.9(5.0)	10.5(5.4)	12.9 (5.3)	14.6 (3.9)	8.7***	0.12
Depresión grave	5.05(5.2)	7.84(5.4)	8.0 (7.0)	8.39 (6.2)	8.63 (5.9)	3.2*	0.05
S. somáticos	8.40(4.6)	10.5(5.4)	9.33(5.4)	10.5 (5.0)	10.8 (3.9)	2.2(n.s.)	-
Disf. social	10.2(3.8)	10.8(3.6)	7.65(4.2)	11.5 (4.8)	16.2 (4.2)	19***	0.24
Autoestima	41.0 (11)	36.8 (11)	38.8 (13)	33.1 (11)	22.3 (12)	15***	0.20
Inseguridad	27.6 (14)	36.2 (17)	35.0 (19)	36.7 (16)	42.3 (14)	4.7**	0.07
Apoyo social	23.6(8.4)	22.2(7.9)	19.6(8.3)	21.0 (8.6)	17.2 (9.6)	2.9*	0.04
Nº enfermedades	0.91(1.0)	0.83(1.0)	0.91(1.1)	1.07 (1.3)	0.44 (0.8)	1.6(n.s.)	-
Nº medicamentos	1.14(2.2)	0.98(1.6)	0.62(0.9)	1.25 (1.7)	0.37 (0.6)	0.8(n.s.)	-
Nº cigarrillos/día	12.7(14)	9.5 (14.8)	17.2 (18)	9.4 (15.5)	9.56 (9.7)	1.6(n.s.)	-
Consumo bebidas alcohólicas	0.77 (2.4)	0.15 (0.8)	1.4 (4.1)	0.27 (0.8)	0.59 (1.6)	1.6(n.s.)	-

(n.s.) no significativo ; * $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$

disfunción social y en la sintomatología de ansiedad e insomnio. Y son las mujeres que han sufrido abusos más recientemente (las que acudieron al Dispositivo de Emergencias para Mujeres Agredidas, DEMA) las que presentan peor salud mental, mayor disfunción social y menor percepción de apoyo social. Así, todo indica que el no sufrir los abusos de la pareja es un factor que influye de forma importante, al menos a nivel grupal, en la salud mental de la mujer y que, una vez libre de abusos, experimenta menos sintomatología y se siente más segura de sí misma y con mayor autoestima.

Otro hecho destacable es la diversidad que hemos encontrado en las variables sociodemográficas y niveles educativos y laborales de las mujeres maltratadas, hecho que también se ha encontrado en otros estudios (Alberdi y Matas, 2002; Fontanil et al., 2002). Aunque en el presente estudio son pocas las mujeres con nivel socioeconómico alto, seguramente es consecuencia de que el acceso a la muestra fue a través de servicios públicos. En todo caso, los datos son congruentes con la reflexión de Alberdi y Matas (2002) respecto a la presencia de violencia en todas las clases sociales y la escasa relevancia de la posición social para entender la violencia doméstica.

Todo ello confirma la amenaza que para la salud de la mujer implica el abuso por parte de la pareja, así como la complejidad y universalidad del fenómeno y la necesidad del análisis diferencial en función de la situación de abuso. Pero este estudio tiene una serie de limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio transversal y, por tanto, sólo puede hablarse de covariación y no de causalidad. Y también hay que tener en cuenta la selección muestral que implica el tratarse de un grupo de mujeres que ha participado voluntariamente y que habían acudido en demanda de ayuda psicológica o legal a diversos centros públicos de asistencia a la mujer maltratada. Pese a ello, consideramos que los datos de este estudio son útiles para profundizar en el conocimiento del estado de salud de las mujeres maltratadas por su pareja y para el diseño de medidas terapéuticas y preventivas.

Agradecimientos

Esta investigación ha sido posible gracias a los fondos del Instituto Canario de la Mujer (Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias) y del Instituto de la Mujer (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales).

Referencias

- Aguilar, R.J. y Nightingale, N.N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9, 35-45.
- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P. Zubizarreta, I. y Sarasúa, 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.
- Browne, A. (1993). Violence against women by male partners. Prevalence, outcomes and policy implications. *American Psychologist*, 48, 1.077-1.087.
- Browne, A. y Williams, K.R. (1993). Gender, intimacy and lethal violence: Trends from 1976-1987. *Gender & Society*, 7, 78-98.
- Campbell, J.C. y Soeken, K.L. (1999). Women's responses to battering over time. An analysis of change. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 21-40.
- Council on Scientific Affairs, American Medical Association (1992). Violence against women: relevance for medical practitioners. *Journal of the American Medical Association*, 267, 3.184-3.189.
- Dutton, D.G. y Painter, S.P. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittence of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 614-622.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14, Supl., 139-146.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Ellsberg, M. (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. *American Psychologist*, 54, 30-36.
- Fischbach, R.L. y Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science and Medicine*, 45, 1.161-176.
- Fontanil, Y., Méndez-Valdivia, M., Cuesta, M., López, C., Rodríguez, F.J., Herrero, F.J. y Ezama, E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema*, 14, Supl., 130-138.
- 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.
- Heise, L. y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E.G. Krug, L.L. Dahlberg y J.A. Mercy (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 88-121). Ginebra: World Health Organization.
- Herrero, C. y Garrido, E. (2002). Los efectos de la violencia sobre sus víctimas. *Psicothema*, 14, Supl., 109-117.
- Koss, M.P., Koss, P.G. y Woodruff, W.J. (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 151, 342-347.
- Lobo, A. y Muñoz, P.E. (1996). *Cuestionario de Salud General (GHQ). Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- Lorente, A. (2001). *Agresión a la mujer: realidades y mitos. Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- 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.
- Matud, M.P. (1999). *Impacto psicológico del maltrato a la mujer: un análisis empírico*. Informe del proyecto de investigación. Instituto Canario de la Mujer.
- Matud, M.P., Ibáñez, I., Marrero, R.J. y Carballeira, M. (2003). Diferencias en autoestima en función del género. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 51-78.
- Matud, M.P., Ibáñez, I., Bethencourt, J.M., Marrero, R. y Carballeira, M. (2003). Structural gender differences in perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 35, 1.919-1.929.
- 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.
- Orava, T.A., McLeod, P.J. y Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem in women in transition from abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 11, 167-186.
- Rector, N.A. y Roger, D. (1993). Self-concept and emotion-control. Paper presented at the 3rd Annual Meeting of the European Congress of Psychology. Helsinki, Finlandia.
- 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.
- Römkens, R. (1997). Prevalence of wife abuse in the Netherlands. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 99-125.
- Walker, L. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy*, 28, 21-29.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54, 21-29.