



Revista Mexicana de Psicología

ISSN: 0185-6073

sociedad@psicologia.org.mx

Sociedad Mexicana de Psicología A.C.

México

PAZ BERMÚDEZ, MARÍA; MATUD, M. PILAR; BUELA-CASAL, GUALBERTO
SALUD MENTAL DE LAS MUJERES MALTRATADAS POR SU PAREJA EN EL SALVADOR

Revista Mexicana de Psicología, vol. 26, núm. 1, enero, 2009, pp. 51-59

Sociedad Mexicana de Psicología A.C.

Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=243016317005>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

SALUD MENTAL DE LAS MUJERES MALTRATADAS POR SU PAREJA EN EL SALVADOR*

MENTAL HEALTH OF WOMEN BATTERED BY THEIR PARTNERS IN EL SALVADOR

MARÍA PAZ BERMÚDEZ¹

Universidad de Granada, España

M. PILAR MATUD

Universidad de La Laguna, España

GUALBERTO BUELA-CASAL

Universidad de Granada, España

Resumen: En este estudio se analizó la salud mental de un grupo de mujeres maltratadas por su pareja ($n = 176$) en El Salvador y se comparó con la de mujeres de la población general que no eran maltratadas por su pareja ($n = 84$). Se encontró que las mujeres maltratadas por su pareja tenían significativamente más sintomatología de estrés postraumático de reexperimentación, evitación y aumento de la activación. También presentaban más síntomas depresivos, somáticos, de ansiedad e insomnio y disfunción social. Se sentían más inseguras, e informaban de menor apoyo social. Las mujeres maltratadas por su pareja que sufrían un maltrato más intenso físico, psicológico y sexual tenían peor salud mental, presentando más sintomatología, tanto de estrés postraumático de reexperimentación, evitación y aumento de la activación, como somática, depresiva y de ansiedad e insomnio, así como mayor disfunción social.

Palabras clave: mujeres maltratadas por su pareja, estrés postraumático, depresión, ansiedad, apoyo social, El Salvador

La violencia contra la mujer es un fenómeno global que se extiende por todos los países y afecta a mujeres de todos los niveles socioculturales, económicos (Balci & Ayrancı, 2005; Walker, 1999) y étnicos (Grossman & Lundy, 2007). Su impacto en la salud es tan grande que se considera como un problema importante de salud pública (Fischbach & Herbert, 1997; Heise, Ellsberg & Gottemoeller, 1999; Roberts, Lawrence, Williams & Raphael, 1998). Una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres es el maltrato por parte de su pareja (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002), siendo más probable que las mujeres sufran ataques repetidos, lesiones, violaciones o que

Abstract: The study analyzed mental health of battered women ($n = 176$) in El Salvador, who were compared to women from general population who had not been battered by their partners ($n = 84$). Battered women presented significantly more symptoms of reexperiencing, avoidance and increase in arousal of posttraumatic stress. They also showed more depressive symptoms, such as anxiety and insomnia, as well as social dysfunction. They felt more insecure, and they presented less social support. Battered women who suffered more intensive maltreatment, either of a physical or psychological and sexual nature, presented worse mental health, showing a higher number of symptoms of reexperiencing, avoidance and increase in arousal, as well as symptoms of depression, anxiety and insomnia, and a higher level of social dysfunction and somatic symptoms.

Key words: battered women, posttraumatic stress, depression, anxiety, social support, El Salvador

mueran en el caso de ser atacadas por otro tipo de agresores (Browne & Williams, 1993).

Heise y García Moreno (2002) definen la *violencia contra la pareja* como cualquier conducta dentro de una relación íntima que cause daño físico, psicológico o sexual a alguno de los miembros de la relación, incluyendo: 1) agresiones físicas (golpes, patadas, palizas...); 2) abuso psicológico (intimidación, menoscabo, humillaciones...); 3) relaciones o conductas sexuales forzadas; y 4) conductas de control tales como aislamiento, control de las actividades y restricciones en el acceso a información y asistencia. El maltrato a la mujer por su pareja es una

* Este estudio ha sido realizado gracias a los fondos de la Consejería de la Presidencia de la Junta de Andalucía del Programa de Cooperación en Investigación con Iberoamérica (Nº Expediente: AI 22/04).

¹ Dirigir correspondencia a: María Paz Bermúdez, Facultad de Psicología, Universidad de Granada, 18011-Granada. Correo electrónico: maripaz@ugr.es

experiencia común para muchas mujeres. Dado que en muchos casos se sigue ocultando, sólo puede estimarse su incidencia y prevalencia. Pese a que las tasas varían según los estudios, en 48 encuestas realizadas en diversos países se encontró que entre 10% y 69% de las mujeres mencionaron haber sido agredidas físicamente por sus parejas en algún momento de sus vidas (Heise & García-Moreno, 2002). En un estudio reciente publicado por la Organización Mundial de la Salud, entre cuyos objetivos estaba calcular la prevalencia de la violencia contra la mujer inflingida por su pareja, se encontró que entre 15% y 71% de las mujeres que habían tenido pareja habían sufrido alguna vez violencia física o sexual, o ambas, aunque los índices más comunes oscilaban entre 24% y 53%. Entre 20% y 75% habían experimentado maltrato psicológico (García-Moreno, Jensen, Ellsberg, Heise & Watts, 2005).

El maltrato a la mujer por su pareja tiene un alto impacto en la salud de la mujer. Además de las lesiones físicas, consecuencia directa del maltrato físico, afecta negativamente a la salud como consecuencia del estrés que genera, existiendo evidencia de que sus efectos son también a largo plazo, incluso aunque el abuso haya terminado (Campbell, 2001; Ellsberg, 1999). La sintomatología citada con mayor frecuencia es ansiosa, depresiva o somática, y se ha encontrado, en muchos casos, que las mujeres maltratadas presentan también baja autoestima (véase, por ejemplo, Aguilar & Nightingale, 1994; Campbell & Soeken, 1999; Ceballo, Ramírez, Castillo & Caballero, 2004; Díaz-Olavarrieta, Ellertson, Paz, Ponce de León & Alarcón-Segovia, 2002; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa & Zubizarreta, 1997; Matud, 2005; Orava, McLeod & Sharpe, 1996; Rincón, Labrador, Arinero & Crespo, 2004). Los trastornos psicológicos más frecuentes son la depresión y el trastorno por estrés postraumático (Golding, 1999; Calvete, Estévez & Corral, 2007; Leiner, Compton, Houry & Kaslow, 2008; O'Campo, Kub, Woods, Garza, Jones, Gielen, Dienemann & Campbell, 2006), siendo bastante común la comorbilidad entre el trastorno por estrés postraumático y depresión (Fedovskiy, Higgins & Paranjape, 2008; O'Campo et al., 2006; Rincón et al., 2004). También hay datos de que las mujeres maltratadas por su pareja tienen otros problemas tales como sentimientos de culpa, aislamiento social (Ellsberg, Peña, Herrera, Liljestrand & Winkvist, 2000), abuso de drogas (Golding, 1999) e ideas e intentos de suicidio (Díaz-Olavarrieta et al., 2002; Ellsberg, Jansen, Heise, Watts &

García-Moreno, 2008; Golding, 1999; Leiner et al., 2008; Valdez & Juárez, 1998; Vizcarra et al., 2004).

Aunque algunas mujeres sólo sufren violencia psicológica por parte de su pareja, tanto en muestras clínicas como en comunitarias se ha encontrado que es muy común que las mujeres sufran diversos tipos de maltrato (véase, por ejemplo, Basile, Arias, Desai & Thompson, 2004; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa et al., 1997; Ludemir, Schraiber, Oliveira, Franca-Junior & Jansen, 2008; Oláiz, Rojas, Valdez, Franco & Palma, 2006; Pico-Alfonso et al., 2006). Estudios realizados en diversas partes del mundo han mostrado que los problemas de salud mental se dan en las mujeres que han sufrido cualquier tipo de abuso de la pareja: físico, psicológico y/o sexual. Aunque existe evidencia empírica de que el maltrato psicológico solo, sin estar acompañado de abuso físico y/o sexual, también se asocia con problemas de salud mental (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa et al., 1997; Pico-Alfonso et al., 2006; Romito, Turan y De Marchi, 2005; Ruiz-Pérez & Plazaola-Castaño, 2005), en varios estudios se ha encontrado peor salud mental en las mujeres que han sufrido más formas de violencia (Basile et al., 2004; Ludemir et al., 2008; Pico-Alfonso et al., 2006; Romito et al., 2005; Ruiz-Pérez & Plazaola-Castaño, 2005). Existe evidencia empírica de peor salud mental en las mujeres que han sufrido un maltrato más intenso por parte de su pareja (Golding, 1999; Ludemir et al., 2008; Ruiz-Pérez & Plazaola-Castaño, 2005).

No obstante, aunque son varios los estudios publicados sobre la salud mental de las mujeres víctimas de violencia por su pareja, tal cuestión no se ha analizado en El Salvador, un país con altas tasas de violencia y donde la violencia de género continua siendo minimizada tanto en el discurso público como privado (Hume, 2004). Pese a que no existen datos sobre la incidencia y prevalencia del maltrato a la mujer por su pareja en El Salvador, todo apunta a que es un fenómeno bastante común. Según el Programa de Saneamiento de la Relación Familiar del Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (2008), en el año 2007 fueron atendidas 5 700 mujeres por violencia intrafamiliar y, según noticias de la prensa, casi 300 mujeres mueren cada año por violencia doméstica habiendo sido asesinadas en 2006 un total de 437 mujeres, según los datos registrados por Medicina Legal (Asociación Las Dignas, 2007); todo ello en un país con 6.5 millones de habitantes.

El propósito del presente trabajo es analizar la salud mental de un grupo de mujeres maltratadas por su pare-

ja de El Salvador. Un segundo objetivo es analizar la asociación entre su salud mental y la intensidad del maltrato por parte de la pareja sufrido. Finalmente, se pretende conocer la relevancia de los factores sociodemográficos de edad y número de hijos en el maltrato inflingido por la pareja.

MÉTODO

Participantes

La muestra está formada por 176 mujeres maltratadas por su pareja y un grupo control de 84 mujeres no maltratadas por su pareja. Todas ellas residían en El Salvador, Centro América. Sus edades estaban comprendidas entre 18 y 74 años, siendo la edad media de 33.8 años, la desviación típica de 9.0 y la mediana y la moda de 33 años. Aunque se daba variabilidad en su estado civil, lo más común es que estuviesen casadas o tuviesen pareja de hecho (57.7%). El 25.5% estaban solteras y el 16.9% separadas o divorciadas. El número de hijos oscilaba entre 0 y 10, siendo la media de 2.26, la desviación típica de 1.50 y la media y la mediana de 2.

La mitad de las mujeres tenían estudios medios, 13.4% únicamente había cursado estudios básicos y 11.5% tenía estudios universitarios, mientras que 22.9% no había cursado estudios formales. Respecto a la profesión, en prácticamente la tercera parte (33.7%) era de tipo manual, 25.9% no manual, 19.8% era ama de casa, 10.3% estudiante y otro 10.3% eran profesionales.

Procedimiento

El acceso a ambos grupos de mujeres se realizó mediante diversos centros de atención a mujeres de la ciudad de San Salvador y las localidades próximas. Se contactó con 22 instituciones a las que se les explicó el estudio, y, finalmente, se contó con la colaboración de 13 centros públicos a los que acudían las mujeres de distintos niveles socioculturales para solicitar cualquier tipo de ayuda. Del departamento de atención a las víctimas de maltrato por su pareja, se seleccionó a las maltratadas que han participado en la presente investigación. Una vez que la mujer acudía al centro y los técnicos confirmaban que no estaba en tratamiento psicológico, una investigadora

informaba a la mujer del estudio, se le pedía su participación y se le ofrecía tratamiento psicológico en función de los resultados. Tras firmar el consentimiento informado, de manera individual y en un despacho reservado, cumplimentaba los instrumentos de evaluación ante la presencia de una psicóloga que le facilitaba ayuda si la demandaba. El grupo control fue seleccionado de los mismos centros de los que se obtuvo la muestra de mujeres maltratadas tras confirmar el propio centro que acudían por otros motivos y que no existía constancia de que fuera maltratada. La aplicación de los cuestionarios fue similar a la llevada a cabo con las mujeres maltratadas. A ambos grupos se les aplicó el *Inventario de Evaluación del Maltrato a la Mujer por su Pareja (APCM)*, que permitió excluir a un 2% del grupo control. Un 7% de las mujeres maltratadas seleccionadas rechazó participar en el estudio y un 10% del grupo control.

Instrumentos

1) *Inventario de Evaluación del Maltrato a la Mujer por su Pareja (APCM)*, elaborado por Matud (1999) a partir de la revisión bibliográfica del área. En su versión final consta de 57 reactivos que se refieren a conductas concretas del maltratador, ya sea relativas a maltrato físico (golpes, empujones, mordiscos...), psicológico (insultos, acusaciones, degradaciones, minusvaloración, intentos de control, gritos, amenazas...), o sexual, que se puntúan en una escala de cinco alternativas de respuesta (nunca, alguna vez, la mitad de las ocasiones, muchas veces, casi siempre). Las puntuaciones obtenidas en cada uno de estos tres tipos de maltrato reflejan la frecuencia e intensidad del maltrato sufrido. La consistencia interna en esta muestra fue de 0.94 para los 15 reactivos que evalúan maltrato físico; de 0.97 para los 38 reactivos que evalúan maltrato psicológico; y de 0.88 para los 4 reactivos que se refieren a conductas de maltrato sexual.

2) *Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28*, Goldberg & Hillier, 1979). Prueba diseñada para detectar trastornos psíquicos en el ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiátricos, centrándose en los componentes psicológicos actuales de mala salud. El GHQ-28 consta de 4 subescalas, cada una formada por 7 reactivos: síntomas somáticos, ansie-

dad e insomnio, disfunción social y depresión grave. La consistencia interna en esta muestra es de 0.79 para ansiedad e insomnio; 0.92 para depresión grave; 0.89 para síntomas somáticos; y 0.86 para disfunción social.

- 3) *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasúa, 1997). Escala de evaluación heteroaplicada que consta de 17 reactivos, basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV, cuyos objetivos son el diagnóstico categorial de este cuadro clínico y la evaluación de la severidad del trastorno cuantificando tanto la frecuencia como la intensidad de los síntomas de reexperimentación (5 reactivos), evitación (7 reactivos) y aumento de la activación (5 reactivos). En esta muestra la consistencia interna de los 17 reactivos que conforman la escala total fue de 0.96. Y la consistencia interna de las subescalas fue de 0.91 en reexperimentación; 0.89 en evitación; y 0.90 en aumento de la activación.
- 4) *Escala de Apoyo Social* (ASM, Matud, 1998). Consta de 12 elementos con cuatro alternativas de respuesta que se refieren a la percepción de disponibilidad de apoyo en las áreas más relevantes (económica, laboral, afectiva, diversión...). Evalúa dos factores de apoyo social: apoyo emocional, que está formado por 7 reactivos y apoyo instrumental, que está integrado por 5 reactivos. En la muestra de este estudio, la consistencia interna fue de 0.87 en cada uno de los factores y la de la escala global 0.93.
- 5) *Inventario de Autoestima*. Instrumento formado por 25 reactivos que corresponden a la versión reducida y validada con mujeres maltratadas por su pareja del *Self-Esteem Questionnaire* (SEQ, Rector & Roger, 1993). El formato de respuesta es de cuatro puntos, yendo desde “nunca” (puntuado con 0) hasta “siempre” que se puntuá con 3. Los reactivos se agrupan en dos factores: uno está formado por 11 reactivos que recogen los componentes de la autoestima de seguridad y confianza en sí misma que se denomina *Confianza en sí misma*; el otro incluye 14 reactivos que refieren fundamentalmente la autovaloración negativa y la inseguridad, por lo que se ha denominado *Baja autoestima e inseguridad*. En esta muestra, la consistencia interna del primer factor fue de 0.91 y la del segundo de 0.93, siendo 0.95 la de la escala global.

Diseño y análisis de datos

El diseño es transversal. Los datos se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS 14.0 para Windows. Las pruebas estadísticas utilizadas fueron, además de análisis de frecuencias, análisis de varianza, de covarianza, de regresión múltiple, y también se calcularon coeficientes de correlación de Pearson.

RESULTADOS

Más de la mitad de las mujeres maltratadas por su pareja (58%) había sufrió maltrato físico, psicológico y sexual; 24.4% sufrió maltrato físico y psicológico, 4.5% psicológico y sexual, y 13.1% sufrió únicamente maltrato psicológico. Las puntuaciones de las mujeres maltratadas por su pareja en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta et al. (1997) mostraron que 52.3% cumplía los criterios para ser diagnosticadas de trastorno de estrés postraumático. Y aunque únicamente 29 de las mujeres no maltratadas por su pareja cumplimentaron dicha escala, ya que el resto no recordaba haber experimentado ningún suceso traumático, sólo una de ellas (que supone 3.4%) tenía trastorno de estrés postraumático. En la Tabla 1 se muestran los resultados de los análisis de varianza y las puntuaciones medias para ambos grupos de mujeres en la escala global y en las subescalas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación, junto con las puntuaciones en las escalas del GHQ-28 y en los factores de autoestima y apoyo social. Como puede observarse, se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto en la escala global de estrés postraumático como en las tres subescalas, puntuando más alto en todas ellas las mujeres maltratadas por su pareja. También se observa que dichas mujeres tenían mayor sintomatología somática, depresiva y de ansiedad e insomnio que las mujeres no maltratadas, presentando también mayor disfunción social y más inseguridad. Además, la confianza en sí mismas y el apoyo social, tanto emocional como instrumental, era menor que el de las mujeres no maltratadas por su pareja.

Para conocer si existía comorbilidad entre el trastorno de estrés postraumático y la sintomatología de salud mental, evaluada a través del GHQ-28, comparamos las puntuaciones obtenidas en las escalas de dicho instru-

Tabla 1

Medias (y desviaciones típicas) y comparaciones del grupo de mujeres maltratadas y no maltratadas por su pareja en las puntuaciones de las escalas de gravedad de estrés postraumático, del GHQ-28 y en los factores de autoestima y apoyo social

	Maltratadas	No maltratadas	F	η^2
Escala global	21.10 (14.4)	5.86 (8.92)	29.34***	0.142
Reexperimentación	6.35 (4.62)	2.43 (3.39)	18.31***	0.093
Evitación	8.15 (5.93)	1.82 (3.39)	30.02***	0.144
Aumento de la activación	6.60 (4.78)	1.61 (2.71)	28.86***	0.140
Síntomas somáticos	10.73 (5.76)	4.90 (3.86)	65.93***	0.216
Ansiedad e insomnio	8.00 (4.32)	4.86 (2.54)	35.32***	0.128
Disfunción social	9.32 (5.33)	4.38 (2.91)	58.53***	0.196
Depresión grave	7.68 (6.24)	1.17 (2.13)	80.41***	0.251
Inseguridad	19.02 (10.5)	6.02 (4.89)	111.51***	0.307
Confianza en sí misma	20.12 (8.64)	27.97 (5.29)	56.91***	0.184
Apoyo social emocional	11.39 (5.84)	18.07 (4.24)	87.39***	0.255
Apoyo social instrumental	6.79 (4.59)	12.45 (3.44)	100.38***	0.282

*** p < 0.001.

mento entre las mujeres maltratadas por su pareja con trastorno de estrés postraumático y las que no tenían tal trastorno. Previamente, y en un intento de controlar la posible influencia de las variables sociodemográficas, analizamos si ambos grupos diferían en edad y número de hijos. Aunque no encontramos diferencias estadísticamente significativas en edad ($F(1,153) = 0.01$ p > 0.05), sí las había en el número de hijos ($F(1,144) = 4.27$ p < 0.05), por lo que tal variable se incluyó como covariado. Los análisis de covarianza mostraron la existencia de diferencias estadísticamente significativas en las cuatro escalas del GHQ-28, una vez controlado el efecto del número de hijos.

Como puede observarse en la Tabla 2, las mujeres maltratadas por su pareja que tienen trastorno de estrés postraumático tienen más síntomas de tipo somático, de depresión grave, más ansiedad e insomnio y mayor disfunción social que las que no presentan dicho trastorno.

En la Tabla 3 se presentan los coeficientes de correlación entre la intensidad del maltrato físico, psicológico y sexual, tal y como es evaluada por el APCM, de las mujeres maltratadas por su pareja y su sintomatología de salud mental, autoestima, apoyo social y los factores sociodemográficos de edad y número de hijos. Como puede observarse, se encontraron coeficientes de corre-

Tabla 2

Medias (y desviaciones típicas) y análisis de covarianza (con el número de hijos como covariado) entre las mujeres maltratadas por su pareja con y sin trastorno de estrés postraumático en las escalas del GHQ-28

	Sin trastorno de estrés postraumático	Con trastorno de estrés postraumático	F	η^2
Síntomas somáticos	8.21 (5.26)	13.81 (4.61)	41.44***	0.232
Ansiedad e insomnio	6.60 (3.85)	9.87 (3.98)	19.56***	0.125
Disfunción social	7.49 (4.81)	11.70 (4.77)	27.26***	0.166
Depresión grave	4.91 (5.22)	10.60 (5.93)	32.26***	0.195

*** p < 0.001.

Tabla 3

Coeficientes de correlación entre la intensidad del maltrato sufrido y la sintomatología de estrés postraumático, las escalas del GHQ-28, los factores de autoestima, el apoyo social y las variables sociodemográficas

	Maltrato psicológico	Maltrato físico	Maltrato sexual
Reexperimentación	.25**	.30***	.20*
Evitación	.28***	.33***	.21*
Aumento de la activación	.25**	.33***	.26**
Síntomas somáticos	.26***	.17*	.22**
Ansiedad e insomnio	.25***	.17*	.25**
Disfunción social	.30***	.19**	.26**
Depresión grave	.34***	.24**	.26*
Inseguridad	.33***	.09	.19*
Autoconfianza	-.10	.04	-.04
Apoyo emocional	-.13	-.06	-.05
Apoyo instrumental	-.26**	-.19*	-.07
Edad	.08	.10	.22**
Número de hijos	.24**	.22**	.25**

Nota: * p < 0.05; ** p < 0.01; *** p < 0.001.

lación estadísticamente significativa entre la intensidad del maltrato, tanto físico como psicológico y sexual, y la sintomatología de estrés postraumático de reexperimentación, evitación y aumento de la activación. La intensidad de los tres tipos de maltrato también correlacionaba significativamente con la sintomatología depresiva, somática, de ansiedad e insomnio y con disfunción social. La inseguridad en sí misma se asocia con la intensidad del maltrato psicológico y, en menor medida, con el sexual, y el apoyo instrumental correlaciona negativamente con la intensidad del maltrato psicológico y físico. Además la intensidad de los tres tipos de maltrato correlaciona de forma estadísticamente significativa con el número de hijos y la edad con la intensidad del maltrato sexual, si bien el porcentaje de varianza común es muy escaso.

Para profundizar en la relevancia de la intensidad de cada tipo de maltrato en la sintomatología depresiva y de estrés postraumático y conocer si el maltrato psicológico tiene efectos negativos en la salud mental de las mujeres, una vez controlado el efecto del maltrato físico y sexual, se hicieron análisis de regresión múltiple jerárquica. Dado que el número de hijos correlacionaba de

forma estadísticamente significativa con la intensidad de los tres tipos de maltrato, con el fin de controlar estadísticamente tal efecto, se incluyó dicha variable en primer lugar. En el segundo paso se incluyó la puntuación en maltrato físico, en maltrato sexual en el tercero y en maltrato psicológico en el cuarto paso. Al predecir la puntuación en estrés postraumático encontramos que sólo fue estadísticamente significativo ($F(1, 141) = 16.98, p < .000$) el segundo paso. El análisis del modelo final, en el que se incluyeron todas las variables simultáneamente, mostró que el único peso beta estadísticamente significativo fue el del maltrato físico ($\beta = .26, p < .05$). Al predecir la puntuación en sintomatología depresiva fueron estadísticamente significativos el paso segundo, en el que se incluía el maltrato físico, $F(1, 156) = 8.06, p < .01$; el tercero, en el que se incluía el maltrato sexual, $F(1, 155) = 4.16, p < .05$; y el cuarto, en el que se incluía el maltrato psicológico, $F(1, 154) = 6.40, p < .05$. El análisis del modelo final, que incluía todas las variables simultáneamente, mostró que el único peso beta estadísticamente significativo al predecir la sintomatología depresiva fue el del maltrato psicológico ($\beta = .25, p < .05$). Dado que la mayoría de las mujeres sufrieron más de un tipo de maltrato, realizamos análisis de covarianza para conocer si había diferencias en salud mental en función de los diferentes patrones de maltrato sufrido (sólo psicológico, físico y psicológico, psicológico y sexual, físico y psicológico y sexual). Una vez controlado el efecto del número de hijos, que se incluyó como covariado, encontramos diferencias estadísticamente significativas tanto al comparar la sintomatología de estrés postraumático ($F(3, 139) = 4.77, p < .01$), como depresiva ($F(3, 154) = 4.82, p < .01$). Los análisis *post hoc* con ajuste de Bonferroni mostraron que, en ambos casos, únicamente se daban diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de mujeres que había sufrido maltrato físico y psicológico y las que sufrieron los tres tipos de maltrato (físico, psicológico y sexual), informando estas últimas de mayor sintomatología depresiva y de estrés postraumático.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran que también las mujeres salvadoreñas maltratadas por su pareja tienen peor salud mental que las que no han sufrido tales abusos, resultados que coinciden con los obtenidos con mu-

jerés de otros países (Cascardi, O'Leary, Lawrence & Schlee, 1995; Ludemir et al., 2008; Pico-Alfonso, 2005; Romito et al., 2005). Se ha encontrado que 52.3% de las mujeres maltratadas por su pareja tenía trastorno de estrés postraumático, porcentaje que coincide con el encontrado por otros autores (Woods, 2000) y está dentro del rango hallado en el metaanálisis realizado por Golding (1999). Dicho autor revisó 11 estudios y encontró que del 31 al 84% de las mujeres maltratadas por su pareja tenían trastorno de estrés postraumático.

Las mujeres maltratadas por su pareja, frente a las no maltratadas, mostraban también mayor sintomatología depresiva, somática, de ansiedad e insomnio y menor autoestima y apoyo social. Tanto la sintomatología de salud mental como la baja autoestima y el aislamiento social se ha encontrado en múltiples estudios realizados con mujeres maltratadas por su pareja en diversos países (véase, por ejemplo, Aguilar & Nightingale, 1994; Ceballo et al., 2004; Díaz-Olavarrieta et al., 2002; Matud, 2005; Orava et al., 1996). También se ha encontrado que las mujeres maltratadas por su pareja que tenían trastorno por estrés postraumático presentaban mayor intensidad de sintomatología depresiva, resultados que coinciden con los encontrados por otros autores (Fedovskiy et al., 2008; O'Campo et al., 2006; Rincón et al., 2004) y que muestran que la comorbilidad es un problema en la salud mental de las mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador.

Asimismo, se ha encontrado que mayor intensidad del maltrato, tanto físico como psicológico y sexual, se asocia con mayor sintomatología de estrés postraumático de reexperimentación, evitación y aumento de la activación, así como con más síntomas somáticos, depresivos, de ansiedad e insomnio y de disfunción social, resultados que coinciden con los de otros estudios (Basile et al., 2004; Ceballo et al., 2004; Ellsberg, 1999; Ludemir et al., 2008; Ruiz-Pérez & Plazaola-Castaño, 2005). Además, se encontró mayor sintomatología depresiva y de estrés postraumático en las mujeres que sufrían maltrato físico, psicológico y sexual que en las que sufrían maltrato físico y psicológico, aunque los efectos específicos de cada tipo de maltrato parecen variar en función de la sintomatología analizada; así, mientras que el maltrato psicológico sufrido parece ser el factor más relevante en la sintomatología depresiva, el físico parece serlo en la de estrés postraumático. Aunque la relevancia en la salud mental de las mujeres maltratadas por su pareja de

sufrir sólo maltrato psicológico ha sido constatada por otros autores (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa et al., 1997; Pico-Alfonso et al., 2006; Romito et al., 2005), los resultados de este estudio también indican que su efecto en la salud mental parece ser mayor cuando se acompaña de otras formas de violencia, aunque podría suceder que las mujeres que sufren los tres tipos de maltrato sufriesen un maltrato psicológico más intenso. Aunque se trata de una cuestión no resuelta que debería analizarse en trabajos futuros, no hay que olvidar que también en otros estudios se ha encontrado peor salud mental en las mujeres que sufren más formas de violencia (Basile et al., 2004; Ludemir et al., 2008; Romito et al., 2005). Otros resultados de este estudio que deberían analizarse con mayor profundidad en futuros trabajos es la asociación entre el maltrato psicológico y sexual con la inseguridad de la mujer, así como la tendencia a un maltrato psicológico y físico más intenso en las mujeres con menor apoyo social instrumental.

Al analizar la relevancia de la edad y el número de hijos en el maltrato infligido por la pareja, encontramos que, aunque los análisis correlacionales mostraron asociaciones estadísticamente significativas entre la intensidad del maltrato y el número de hijos, los coeficientes fueron muy bajos y en los análisis de regresión el número de hijos no fue estadísticamente significativo, lo que parece indicar que el maltrato de la pareja no está asociado de forma sistemática con factores sociodemográficos tales como la edad y el número de hijos.

Aunque los resultados de este estudio aportan una serie de datos que aumentan el conocimiento de la salud mental de las mujeres maltratadas por su pareja, al menos de las residentes en El Salvador, este estudio presenta una serie de limitaciones, tales como que el muestreo no es aleatorio, que todos los datos son de autoinforme y que el diseño es transversal, por lo que sólo podemos hablar de asociaciones y no de relaciones causa-efecto entre las variables. Limitaciones que, en buena medida, derivan de la propia cuestión de estudio ya que el maltrato a la mujer por su pareja es un fenómeno que, tradicionalmente, se ha considerado un asunto privado y se ha mantenido oculto; que, generalmente, se produce en el ámbito privado por lo que la información más adecuada parece ser el autoinforme; y que es muy difícil que pueda ser evaluado de forma prospectiva ya que se trata de un fenómeno que puede aparecer en la adolescencia o en la juventud (Matud, 2005) y puede permanecer oculto du-

rante muchos años. Pese a ello, los resultados encontrados muestran que, al igual que sucede en el resto de los países, el maltrato a la mujer por su pareja supone un riesgo importante para la salud mental de las mujeres del El Salvador. Por tanto será necesario que, frente a la tendencia actual en El Salvador de minimizar la violencia de género (Hume, 2004), se considere que es una seria amenaza para la salud y el bienestar de las mujeres y se tomen medidas, tanto para paliar sus efectos como para prevenir que se siga dando dicha violencia.

REFERENCIAS

- Aguilar, R. J. & Nightingale, N. N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9, 35-45.
- Asociación Las Dignas (2007). *La violencia contra las mujeres a través de la prensa*. Encontrado el 12 de agosto de 2008 en <http://www.lasdignas.org/uploaded/content/article/501669408.pdf>
- Balci, Y. G. & Ayrancı, U. (2005). Physical violence against women: Evaluations of women assaulted by spouses. *Journal of Clinical Medicine*, 12, 258-263.
- Basile, K. C., Arias, I., Desai, S. & Thompson, M. P. (2004). The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 413-421.
- Browne, A. & Williams, K. R. (1993). Gender, intimacy and lethal violence: Trends from 1976-1987. *Gender & Society*, 7, 78-98.
- Calvete, E., Estévez, A. & Corral, S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19, 446-451.
- Campbell, J. (2001). Domestic violence as a women's health Issue-Panel Discussion. *Women's Health Issues*, 11, 381-387.
- Campbell, J. C. & Soeken, K. L. (1999). Women's responses to battering over time. An analysis of change. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 21-40.
- Cascardi, M., O'Leary, K. D., Lawrence, E. E. & Schlee, K. A. (1995). Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 616-623.
- Ceballo, R., Ramírez, C., Castillo, M. & Caballero, G. A. (2004). Domestic violence and women's health in Chile. *Psychology of Women Quarterly*, 28, 298-308.
- Díaz-Olavarrieta, C., Ellertson, C., Paz, F., Ponce de Leon, S. & Alarcón-Segovia, D. (2002). Prevalence of battering among 1780 outpatients at an internal medicine institution in Mexico. *Social Science & Medicine*, 55, 1589-1602.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. A., Sarasúa, B. & Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: Un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. & Sarasúa, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Ellsberg, M. (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women. *American Psychologist*, 54, 30-36.
- Ellsberg, M., Jansen, H., Heise, L., Watts, C. & García-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *The Lancet*, 371, 1165-1172.
- Ellsberg, M., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J. & Winkvist, A. (2000). Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Social Science & Medicine*, 51, 1595-1610.
- Fedovskiy, K., Higgins, S. & Paranjape, A. (2008). Intimate partner violence: How does it impact major depressive disorder and post traumatic stress disorder among immigrant Latinas? *Journal of Immigrant Minority Health*, 10, 45-51.
- Fischbach, R. L. & Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science & Medicine*, 45, 1161-1176.
- García-Moreno, C., Jensen, H. A., Ellsberg, M., Hesie, L. & Watts, C. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Goldberg, D. P. & 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.
- Grossman, S. F. & Lundy, M. (2007). Domestic violence across race and ethnicity. *Violence Against Women*, 13, 1029-1052.
- Heise, L., Ellsberg, M. & Gottemoeller, M. (1999). *Ending violence against women. Population Reports*, Series L, Nº 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program.
- Heise, L. & García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg & J. A. Mercy (Eds.). *World Report on Violence and Health* (pp. 88-121). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Hume, M. (2004). "It's as if you don't know, because you don't do anything about it": gender and violence in El Salvador. *Environment & Urban*, 16, 63-72.
- Instituto Salvadoreño para el Desarrollo de la Mujer (2008). *Estadísticas de Atenciones captadas a través del Programa de Saneamiento de la Relación Familiar*. Encontrado el 12 de agosto de 2008 en [http://www.isdemu.gob.sv/documentos/Consolidado%202002-2008\(enero-mayo\).pdf](http://www.isdemu.gob.sv/documentos/Consolidado%202002-2008(enero-mayo).pdf).
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

- Leiner, A. S., Compton, M. T. Houry, D. & Kaslow, N.J. (2008). Intimate partner violence, Psychological distress, and suicidality: A path model using data from African American women seeking care in a urban Emergency department. *Journal of Family Violence, 23*, 473-481.
- Ludemir, A. B., Schraiber, L. B., Oliveira, A., Franca-Junior, I. & Jansen, H. A. (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine, 66*, 1008-1018.
- Matud, M. P. (1998). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de la mujer 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. (2005). The psychological impact of domestic violence on Spanish women. *Journal of Applied Social Psychology, 35*, 2310-2322.
- O'Campo, P., Kub, J., Woods, A., Garza, M., Jones, A. S., Gielen, A. C., Dienemann, J. & Campbell, J. (2006). Depression, PTSD, and comorbidity related to intimate partner violence in civilian and military women. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 6*, 99-109.
- Oláiz, G., Rojas, R., Valdez, R., Franco, A. & Palma, O. (2006). Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector de salud en México. *Salud Pública de México, 48*, 232-238.
- Orava, T. A., McLeod, P. J. & 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.
- Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Behavioral Reviews, 29*, 181-193.
- Pico-Alfonso, M. A., García-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E. & Martínez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's health, 15*, 599-611.
- Rector, N. A. & Roger, D. (1993, julio). *Self-concept and emotion-control*. Cartel presentado en el 3rd Annual Meeting of the European Congress of Psychology. Helsinki. Finlandia.
- Rincón, P. P., Labrador, F. J., Arinero, M. & Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana, 22*, 105-116.
- Roberts, G. L., Lawrence, J. M., Williams, G. M. & Raphael, B. (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health, 22*, 56-61.
- Romito, P., Turan, J. M. & De Marchi, M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social Science & Medicine, 60*, 1717-1727.
- Ruiz-Pérez, I. & Plazaola-Castaño, J. (2005). Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic Medicine, 67*, 791-797.
- Valdez, R. & Juárez, C. (1998). Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México. *Salud Mental, 6*, 1-10.
- Vizcarra, B., Hasan, F., Hunter, W. M., Muñoz, S., Ramiro, L. & De Paula, C. S. (2004) Partner violence as a risk factor for mental health among women from communities in the Phillipines, Egypt, Chile, and India. *Injury Control and Safety Promotion 11*, 125-130.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist, 54*, 21-29.
- Woods, S. J. (2000). Prevalence and patterns of post-traumatic stress in abused and post-abused women. *Issues in Mental Health Nursing, 21*, 309-324.

Recibido: 16 de abril de 2008

Aceptado: 25 de septiembre de 2008

PSICOLOGÍA CONDUCTUAL

VICENTE E. CABALLO

DIRECTOR

La revista PSICOLOGÍA CONDUCTUAL, aparecida en el año 1993, es el medio de expresión científica de la *Asociación Psicológica Iberoamericana de Clínica y Salud* (APICSA) y publica artículos que traten sobre temas de psicología clínica y/o psicología de la salud desde una posición conductual o cognitivo-conductual. Actualmente se encuentra indizada en las siguientes bases de datos:

Current Contents/ Social and Behavioral Sciences, Social Sciences Citation Index, Research Alert, Psychological Abstracts, PsycLIT, PsycINFO, EMBASE/Excerpta Medica, PSICODOC, Anuario de Psicología Clínica en español, PSEDISOC, incluida en base de datos ISOC del CSIC, e Índice Español de Ciencias Sociales, Serie A: Psicología y Ciencias de la Educación

Suscripción:

Se publican tres números al año en los meses de abril, septiembre y diciembre

Particulares/Instituciones extranjero: **45 euros** (aprox. 40 dólares USA)
(incluidos gastos de envío vía superficie)

Se recomienda suscribirse con tarjeta de crédito VISA o Mastercard

Dirección para la suscripción o el envío de artículos:

Psicología Conductual
Apartado de Correos 1245
18080 Granada (España)
Tel./Fax: (+34) 902-117486
E-mail: caballo@attglobal.net
Página Web: <http://www.apicsa.com>

Información de interés:

Para suscribirse a la revista es suficiente enviar la dirección completa del suscriptor y el número de tarjeta de crédito, junto con la fecha de caducidad de la misma, por fax o correo electrónico. También puede hacerse a través de la página Web de la revista (véase más arriba). En ésta se puede encontrar el contenido de todos los números aparecidos hasta hoy día de la revista Psicología Conductual y el resumen de gran parte de los artículos.