

BID.T 06460

VNIVERSITAT  VALÈNCIA



Facultat de Psicologia (Ψ)

Consecuencias de la violencia de pareja en la salud física y el sistema inmune de las mujeres

TESIS DOCTORAL

PRESENTADA POR:


M^a Isabel García Linares

DIRIGIDA POR:

Dra. Manuela Martínez Ortiz

Valencia

2005

	UNIVERSITAT DE VALÈNCIA REGISTRE GENERAL ENTRADA / EIXIDA
22 JUL. 2005	
N.º 105.511 / 6041	
HORA	
OFICINA AUXILIAR NÚM. 4	

UMI Number: U607540

All rights reserved

INFORMATION TO ALL USERS

The quality of this reproduction is dependent upon the quality of the copy submitted.

In the unlikely event that the author did not send a complete manuscript and there are missing pages, these will be noted. Also, if material had to be removed, a note will indicate the deletion.



UMI U607540

Published by ProQuest LLC 2014. Copyright in the Dissertation held by the Author.
Microform Edition © ProQuest LLC.

All rights reserved. This work is protected against
unauthorized copying under Title 17, United States Code.



ProQuest LLC
789 East Eisenhower Parkway
P.O. Box 1346
Ann Arbor, MI 48106-1346

b 1736825x

i 20105964

CB 0001904254

D^a Manuela Martinez Ortiz, como Profesora Titular del Departamento de Psicobiología y directora de la Tesis doctoral,

INFORMA:

Que una vez examinado el contenido de la Tesis presentada por D^a Maria Isabel García Linares, titulada “Consecuencias de la violencia de pareja en la salud física y el sistema inmune de las mujeres”, autoriza la defensa pública de dicha Tesis, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente.

Asimismo, autoriza que se comuniquen a todos los departamentos autorizados.

Valencia, 14 de julio de 2005

Directora de la Tesis



Manuela Martinez Ortiz

*Per als meus pares Agustín y M^a Teresa,
als meus germans Anna, Joan Lluís, Agus i Sara
i al meu iaio José Linares García.*

Per a tots ells que els estime.

Agradecimientos

El trabajo que se presenta es el resultado de diferentes etapas que se han ido sucediendo en los últimos años y en la que me han ayudado numerosas personas. Quisiera señalar que con su colaboración he podido ir avanzando en el lento proceso que supone la realización de una Tesis Doctoral y desde luego han hecho que el recorrido sea mucho más ameno, a tod@s ell@s les agradezco su inestimable ayuda:

A la Universitat de València por la concesión de una beca de investigación V Segles, al Instituto Alicantino de cultura Juan Gil-Albert por la concesión de una ayuda de investigación y al Instituto de la Mujer que concedió el proyecto para poder financiar este trabajo.

A mis compañeras de equipo Marigel, Francis, Segun, Nuria y Conchin. Que desde la primera etapa, entrevistas y procesamiento de los datos, estuvieron conmigo codo con codo, haciendo posible que el trabajo saliera adelante.

A mi directora la Dra. Manuela Martínez Ortiz, que me ha proporcionado una ayuda inapreciable en cada etapa de este trabajo y que ha sido mi guía en la organización del mismo.

A los profesores Dr. Vicente Gonzalez Romá, por los conocimientos estadísticos que me ha brindado, su paciencia ha sido significativamente importante; al Dr. Christopher L. Coe, que me introdujo en el campo de los análisis inmunológicos y que en todo momento ha disipado cualquier duda bibliográfica que pudiera tener; al Dr. Andrés Parra Guerrero que me ha brindado parte de su tiempo, por sus consejos y por ser una persona amable y cercana.

A Miriam Philipps que me ha ayudado con las traducciones y que, sobre todo, con su talento de profesora me ha ayudado a mejorar mi nivel de inglés.

A las psicólogas, trabajadoras sociales y abogadas del Centro Mujer 24 horas de Alicante Mar, Celia, Lourdes, Cordelia, M^a José, Rosario, Isabel, Rebeca, que mostraron una actitud colaboradora con nuestra investigación en todo momento y con las que pude además puede intercambiar importantes conocimientos profesionales.

Doy un especial agradecimiento a mi amigo Andreas Thömel por su colaboración en el diseño de algunos dibujos del presente trabajo y sobre todo por contar con su querida presencia.

A mis amigos José Luis Pérez, Jose Ramón Conejos, Antonio Villalba, Lesley Ruan y Wiebke Thomsen, por estar ahí en todo momento, tanto por echarme una mano en los momentos de trabajo como por su compañía en los momentos de ocio.

A mis compañeros del Sherlock Holmes, Javi, Virginia, Isabel, M^a José, Raúl, Carol y Gracia por los momentos de diversión y levedad. Y a Paco y a Tere por su amabilidad y buen humor.

A mis compañeros de la formación Gestalt, Cristina, Sara, Olga, Amparo, Isabel, Carmen, Mar, David, Mada, Vero, Maribel y Esther, por ser fenomenales; y a Ximo Tárrega que lo aprecio por muchas razones; y por ser un buen líder, equilibrando los límites y el espacio.

Y a mis padres, mis hermanos y mi abuelo, que me han aportado, cada uno de ellos a su manera, aspectos esenciales en el trabajo y en la vida.

INDICE

Introducción.....	15
-------------------	----

I Marco teórico

PARTE I: Violencia de pareja del hombre contra la mujer

1. Mujeres maltratadas: definición del problema.....	21
1.1. Aclaración del término.....	21
1.2. Definiciones.....	21
2. Datos epidemiológicos de la violencia de pareja.....	23
2.1. Violencia de pareja en España.....	23
2.2. Violencia de pareja en la Comunidad Valenciana.....	23
3. La violencia de pareja como un problema público.....	24
4. Planes de intervención contra la violencia de pareja en España.....	25
5. Estudio científico de la violencia de pareja.....	26

PARTE II: Estudio de la violencia de pareja del hombre contra la mujer en el marco de la teoría del estrés

6. Introducción a la teoría del estrés.....	37
6.1. Concepto de estrés en la actualidad.....	38
6.2. Estrés psicosocial y respuesta fisiología.....	39
6.3. Estrés psicosocial y su impacto en el sistema inmune.....	42
6.4. Víctimas de violencia y sistema inmune.....	43
6.5. Estrés psicosocial y control inmune del virus Herpes simplex tipo 1.....	45
7. La violencia de pareja del hombre contra la mujer como estrés psicosocial.....	46
8. Impacto de la violencia de pareja en la salud de las mujeres.....	47
8.1. Impacto en la salud mental.....	49
8.2. Impacto en la salud física.....	51
8.3. Impacto en los sistemas fisiológicos.....	53

INDICE

9. Papel modulador de las estrategias de afrontamiento en el impacto de la violencia en la salud.....	54
---	----

II Estudio de campo

1. Objetivos e hipótesis.....	59
2. Material y métodos.....	61
2.1. Participantes.....	61
2.2. Medidas.....	61
A) Datos demográficos de la mujer.....	61
B) Relación de la mujer con el maltratador/pareja.....	62
C) Características de los tipos de violencia.....	63
D) Cuestionario de Salud Física.....	65
E) Estrategias de Afrontamiento.....	67
F) Otros datos.....	68
G) Medidas biológicas.....	69
2.3. Análisis inmunológico.....	71
2.4. Análisis estadístico.....	73
3. Resultados.....	77
3.1. Datos demográficos de las mujeres maltratadas y no maltratadas.....	77
3.1.1. Edad.....	77
3.1.2. Nivel de educación.....	77
3.1.3. Ocupación.....	79
3.1.4. Estado civil.....	79
3.1.5. Tipo de familia.....	80
3.1.6. Número de hijos por mujer.....	80
3.1.7. Número de hijos viviendo con la mujer.....	80

INDICE

3.2. Relación de la mujer con el maltratador/pareja.....	80
3.2.1. Edad de la mujer cuando comenzó la relación de pareja.....	81
3.2.2. Duración de la relación de convivencia.....	81
3.2.3. Relación actual con el maltratador/pareja.....	82
3.2.4. Separaciones temporales del maltratador/pareja.....	82
3.2.5. Dependencia económica de la mujer del maltratador/pareja.....	82
3.2.6. Denuncias por maltrato realizadas por la mujer.....	83
3.3. Características de los tipos de violencia.....	83
3.3.1. Violencia Psicológica.....	83
A) Mujeres maltratadas psicológicamente.....	83
B) Mujeres maltratadas físicamente.....	85
C) Comparación entre los dos grupos de mujeres maltratadas.....	86
1. Meses de relación hasta el inicio de la violencia.....	86
2. Violencia durante el último año.....	87
3. Violencia tras la separación de la mujer del maltratador.....	87
3.3.2. Violencia física.....	88
3.3.3. Violencia Sexual.....	89
A) Mujeres maltratadas psicológicamente.....	89
B) Mujeres maltratadas físicamente.....	91
C) Comparación entre los dos grupos de mujeres maltratadas.....	92
3.4. Impacto de la violencia de pareja en la salud física de las mujeres.....	92
3.4.1. Impacto de la violencia de pareja en la percepción de síntomas físicos.....	92
a) Sistema nervioso.....	93
b) Sistema muscular.....	93
c) Aparato ginecológico.....	95
d) Aparato digestivo.....	96
e) Aparato urinario.....	96
f) Aparato circulatorio.....	96

INDICE

g) Aparato respiratorio.....	97
h) Piel.....	97
i) Sistema endocrino.....	97
3.4.2. Impacto de la violencia sexual en la percepción de síntomas físicos....	97
a) Mujeres psicológicamente maltratadas.....	98
b) Mujeres físicamente maltratadas.....	98
3.4.3. Impacto relativo de la violencia de pareja en la percepción de síntomas físicos.....	100
3.4.4. Impacto de la violencia de pareja en la incidencia de enfermedades...102	
a) Enfermedades del aparato ginecológico.....	103
b) Enfermedades del aparato urinario.....	103
c) Enfermedades del aparato digestivo.....	103
d) Enfermedades del aparato circulatorio.....	104
e) Enfermedades del aparato respiratorio.....	105
f) Enfermedades de la piel.....	105
g) Enfermedades del sistema endocrino.....	105
h) Otras enfermedades.....	105
3.4.5. Impacto relativo de la violencia de pareja en la incidencia de enfermedades.....	105
3.4.6. Impacto de la violencia de pareja en la utilización de los servicios de salud.....	106
3.5. Impacto de la violencia de pareja en el funcionamiento del sistema inmune.....	107
3.5.1 Volumen de saliva y velocidad de secreción de saliva.....	107
3.5.2. Medidas inmunológicas.....	109
A. Neutralización del Virus Hs-1.....	109
B. IgA específica para Hs-1.....	109
C. IgA total.....	111
3.5.3. Asociación entre las medidas inmunológicas.....	111

3.5.4. Efecto de la violencia psicológica, física y sexual sobre el funcionamiento inmunológico.....	112
3.6. Papel modulador de las estrategias de afrontamiento en el impacto de la violencia sobre la salud de las mujeres.....	115
3.6.1. Percepción de síntomas físicos.....	115
3.6.2. Enfermedades.....	115
3.6.3. Neutralización del virus Hs-1.....	117
3.6.4. Cantidad de IgA Hs-1.....	117

III Discusión

1. Características de la muestra.....	121
2. Relación con el maltratador/pareja.....	122
3. Tipos de violencia experimentada por las mujeres.....	122
4. Impacto de la violencia en la salud de las mujeres.....	123
4.1. Medición de los tipos de maltrato y impacto en la salud.....	123
4.2. Síntomas físicos.....	124
4.3. Incidencia de enfermedades.....	126
4.4. Utilización de los servicios de salud.....	127
5. Impacto de la violencia en el sistema inmune.....	128
6. Papel modulador de las estrategias de afrontamiento.....	131

IV Conclusiones

V Referencias

VI Apéndices

Introducción

La tesis doctoral que se presenta consta de 6 apartados. El primero está dedicado al marco teórico y consta de dos partes. La primera parte es principalmente de tipo sociológico, en ella se ofrecen definiciones y datos de la prevalencia de la violencia de pareja contra la mujer, así como una breve introducción al estudio científico de la violencia de pareja desde una perspectiva cronológica. La segunda parte del marco teórico está dedicada a esbozar la teoría del estrés, así como a enmarcar el presente trabajo dentro de dicha teoría. En el segundo apartado se describe el estudio de campo llevado a cabo. En este capítulo se establecen los objetivos y las hipótesis y se detalla de manera exhaustiva el procedimiento utilizado para la realización del estudio, describiendo la muestra, los instrumentos utilizados, los análisis inmunológicos, así como las técnicas estadísticas empleadas. Finalmente, en la tercera parte de esta sección se exponen los resultados encontrados en este trabajo. El tercer apartado está dedicado a la discusión de los resultados obtenidos y su comparación con los estudios ya publicados dentro de la teoría del estrés. En el apartado cuarto se exponen las principales conclusiones a las que se ha llegado tras la realización de este trabajo. En el apartado quinto aparecen las referencias bibliográficas utilizadas. Finalmente, el apartado sexto está dedicado a los apéndices.

I. MARCO TEÓRICO

PARTE 1

VIOLENCIA DE PAREJA DEL

HOMBRE CONTRA LA MUJER

1. Mujeres maltratadas: definición del problema

1.1 Aclaración del término

El tema de estudio de este trabajo es el impacto en la salud de las mujeres de la violencia de pareja del hombre contra la mujer. Por ello, esta aportación podría ser considerada como un estudio de violencia de género o de violencia doméstica. Sin embargo, existen diferencias entre los dos términos. A continuación se definen ambos y se perfila el tema de la presente investigación como una manifestación particular de ambos fenómenos. La *violencia de género* es aquella que se produce entre hombres y mujeres, ocurra en el ámbito familiar o no, y tengan o no agresores y víctimas una relación de parentesco. Por ello, los estudios realizados con mujeres maltratadas por sus parejas masculinas forman parte de la violencia de género. Por otro lado, el término *violencia doméstica* incluye cualquier agresión que se produzca dentro de la familia siendo las víctimas o los agresores mujeres, hombres, niños o ancianos. De manera que los estudios con mujeres maltratadas por sus parejas masculinas forman parte, también, de la violencia doméstica. En el ámbito científico internacional se utilizan diferentes términos como “marital abuse” y “spouse abuse” para referirse a las personas que sufren violencia de pareja, siendo “intimate partner violence” el más reciente. Estos términos obvian la identidad del agresor y de la víctima porque habitualmente el agresor es el hombre y la víctima la mujer. La presente investigación trata sobre la violencia de pareja del hombre contra la mujer, reflejando la situación en la que las víctimas son mujeres, los agresores son hombres y la violencia se produce en el contexto de una relación íntima con convivencia. Por razones de concisión en adelante aparecerán los términos *violencia de pareja* o *mujeres maltratadas* para referirnos al tema de esta investigación. Se respetará el uso de *violencia doméstica* o *violencia de género* cuando se citen definiciones, datos o medidas de intervención propuestas por otros autores o instituciones.

1.2 Definiciones

La Organización de Naciones Unidas (ONU), en su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de 1993, incluye una definición global de

violencia contra la mujer en la cual está implícita la violencia de pareja: “Violencia contra la mujer significa cualquier acto de violencia basado en el género que resulta en, o es probable que resulte en, un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico en la mujer, incluyendo las amenazas de tales actos, y la coerción o privación arbitraria de la libertad, tanto si ocurren en la vida privada como en la pública” (ONU, 1993).

Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe mundial sobre la Violencia y la Salud de 2002, dedica un capítulo al tema de la violencia de pareja, definiéndola como cualquier comportamiento que cause daño físico, psicológico o sexual. Para la OMS, dichos comportamientos incluyen: “Actos de agresión física como bofetadas, puñetazos o patadas. Maltrato psicológico como intimidación, constantes menosprecios y humillaciones. Relaciones sexuales forzadas y otras formas de coerción sexual. Comportamientos de control como aislar a la persona de su familia y amigos, controlar sus movimientos y restringir su acceso a información y asistencia” (OMS, 2002).

Desde el punto de vista de la interacción social, la violencia de pareja se puede definir como un abuso de poder por parte de una persona contra otra. Diferentes autores describen las diferentes manifestaciones que puede tomar este abuso de poder del hombre contra la mujer. Por ejemplo, para Xavier Caño, el maltrato psicológico hace referencia a desvalorizaciones (críticas y humillaciones permanentes), posturas y gestos amenazantes (amenazas de violencia, de suicidio o de llevarse a los niños), conductas de restricción (control de las amistades, limitación del dinero o restricción de las salidas de casa), conductas destructivas (referidas a objetos de valor económico o afectivo o al maltrato de animales domésticos) y, por último, culpabilización a ella de las conductas violentas de él (Caño, 1995). En relación al maltrato físico, Enrique Echeburúa establece que existe maltrato físico cuando las conductas implicadas (puñetazos, golpes, patadas, amagos de estrangulamiento, etc.) son reflejo de un abuso físico (Echeburúa, 1998: 2). Por último, el maltrato sexual, según Jorge Corsi, estaría referido al establecimiento forzado de relaciones eróticas, sin la más mínima contrapartida afectiva, o a la imposición de conductas percibidas como degradantes por la víctima (Corsi, 1995).

2. Datos epidemiológicos de la violencia de pareja

El Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través del Instituto de la Mujer, es el organismo encargado de recoger y publicar los datos relacionados con la violencia contra la mujer que tiene lugar en España. En dicha institución se elaboran estadísticas periódicas, algunas de las cuales reflejan datos en relación con la violencia de pareja tales como: número de denuncias por malos tratos por la pareja o expareja, número de mujeres muertas a manos de su pareja o expareja y delitos de abuso, acoso y agresión sexual. A continuación se detalla la estadística más reciente sobre violencia de pareja del hombre contra la mujer en el ámbito estatal y autonómico.

2.1 Violencia de pareja en España

Los datos de prevalencia proporcionados por el Instituto de la Mujer sobre la violencia de pareja en España durante los últimos años son los siguientes:

- En el año 2003, 50.088 mujeres denunciaron ser víctimas de algún tipo de agresión por parte de su cónyuge o análogo (incluidos novios y ex-novios). Además, 71 mujeres fueron asesinadas por su pareja o murieron como consecuencia de las agresiones perpetradas por la misma.
- Durante el año 2004, 57.527 mujeres interpusieron denuncia por violencia de pareja y 72 mujeres fueron asesinadas por su pareja.
- Por último hasta mayo de 2005, 23.221 mujeres han denunciado ser víctimas de violencia de pareja y 20 mujeres han sido asesinadas por su pareja.

2.2 Violencia de pareja en la Comunidad Valenciana

Los datos de prevalencia proporcionados por el Instituto de la Mujer sobre violencia de pareja en la Comunidad Valenciana en los últimos años son los siguientes:

- En el año 2003 se registraron 6.415 denuncias por maltrato de pareja contra la mujer. Además, 7 mujeres fueron asesinadas por su pareja.
- Durante el 2004, 8.053 mujeres denunciaron violencia de pareja. Además, 9 mujeres fueron asesinadas por su pareja.

- Por último, hasta mayo de 2005 3.138 mujeres han denunciado agresiones por parte de su pareja. Además, hasta mayo 3 mujeres han sido asesinadas por su pareja.

3. La violencia de pareja como un problema público

La violencia de pareja ha dejado de ser una cuestión privada y encubierta. Si bien muchas víctimas todavía la sufren en silencio, la atención que está recibiendo este problema, reflejo de la preocupación que genera la situación de las víctimas y los maltratadores, ha hecho que este tipo de violencia haya pasado al ámbito de lo público, siendo considerado un problema social que atañe a toda la sociedad. Como tantos otros problemas de carácter público, la violencia de pareja es desde hace unos años denunciable, y se esperan juicios justos que proporcionen protección a las víctimas y sanciones para los agresores.

La ONU, después de la Asamblea General 217 A, proclamó en 1948 la Declaración Universal de los Derechos Humanos. El texto está articulado en 30 artículos que propugnan un modelo de convivencia entre los seres humanos que permita la propia expresión y el respeto hacia los demás, con la finalidad de crear y consolidar unas relaciones justas, libres, igualitarias y en paz. El derecho fundamental, que se recoge tanto en el preámbulo de la Declaración como en los diferentes artículos, es que todo individuo tiene derecho a ser tratado con respeto y dignidad. El artículo 2 manifiesta que “Toda persona tiene todos los derechos y libertades expresados en la declaración sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición”. El artículo 3 dice que “Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”. Y el artículo 5 declara que “Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”. Sin embargo, la constante violación del derecho de las mujeres a ser tratadas con dignidad y respeto por parte de sus parejas, maridos, jefes o extraños dio lugar a que en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena por la ONU en junio de 1993, el tema de los derechos de las mujeres fuera llevado, por primera vez, al debate internacional. En dicha Conferencia se declaró que “La violencia contra la mujer – tanto en público como en privado – es una violación de los derechos humanos y, como tal,

requiere una atención urgente e inmediata”. La Declaración de Viena fue seguida por la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer en diciembre del mismo año, así como por otros protocolos nacionales e internacionales comprometiendo y obligando a los estados a responsabilizarse en poner fin a la violencia contra la mujer.

La Unión Europea creó en diciembre de 2000 la Carta de los Derechos Fundamentales, donde se recogen los valores universales de la dignidad humana, libertad, igualdad y solidaridad. Si bien no se hace una mención específica a las mujeres, en el artículo 3 sobre el derecho a la integridad de la persona, se manifiesta que “Toda persona tiene el derecho al respeto de su integridad física y mental”, y en el artículo 4 que “Nadie será sometido a tortura ni a tratos inhumanos o degradantes”. Finalmente, el artículo 21 sobre la no discriminación dice “Se prohibirá cualquier discriminación por motivos de sexo, raza, color, origen social o étnico, perfil genético, idioma, religiones o creencias, por motivos políticos u otras opiniones, por ser miembro de una nacionalidad minoritaria, por motivos de propiedad, nacimiento, discapacidad, edad u orientación sexual”.

4. Planes de intervención contra la violencia de pareja en España

La alarma social creada por el aumento en las denuncias de violencia de pareja y de asesinatos de mujeres a manos de sus parejas dio lugar a la implicación de diferentes sectores de la sociedad en la intervención contra la violencia sobre la mujer. Con mayor o menor éxito, la administración llevó a cabo diferentes medidas de prevención de la violencia de género, así como medidas de intervención con las víctimas y los agresores. Dichas medidas se articularon a través de planes y protocolos, siendo los más recientes, el II Plan Integral contra la violencia doméstica a nivel nacional (2001-2004) del Instituto de la Mujer-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres a nivel autonómico (2001-2004) de la Consellería de Bienestar Social-Generalitat Valenciana.

Entre las medidas de prevención propuestas en estos planes cabe destacar las siguientes: a) introducción de temas de género en las materias transversales de la educación primaria y secundaria y b) control de la difusión estereotipada y sexista de los roles masculino y femenino en la publicidad y en otros materiales audiovisuales.

Algunas medidas de intervención propuestas son: a) creación y mejora de leyes de protección a la víctima, b) creación de nuevos servicios y dispositivos de ayuda a la víctima, c) fomento de investigaciones en materia de género, d) fomento del asociacionismo, e) puesta en marcha de un convenio de actuación socio-sanitario de aplicación obligatoria en todos los hospitales y centros de salud.

Finalmente, como medida de intervención más reciente, el Consejo de Ministros aprobó en junio de 2004 el anteproyecto de Ley Orgánica, Integral contra la Violencia ejercida sobre la mujer, texto fundamentado en la prevención, la protección, el apoyo y la recuperación integral de las víctimas, así como la sanción al agresor. En octubre de 2004, la nueva legislación, primera de carácter integral en toda la Unión Europea, fue aprobada por unanimidad en las tres ocasiones que se sometió a debate en el Congreso y en el Senado. Finalmente, el texto regulador fue publicado en el Boletín Oficial del Estado el 29 de diciembre de 2004 con el nombre: “Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género”, entrando en vigor el 28 de enero de 2005.

5. Estudio científico de la violencia de pareja

Las primeras publicaciones sobre violencia de pareja aparecen en los años 70 en revistas científicas americanas e inglesas. Los términos empleados para designar el fenómeno son múltiples, algunos aluden a la mujer víctima: *abused women o battered women*. Otros señalan el tipo de relación en la que se produce la violencia: *marital abuse, spouse abuse o marital violence*. Uno de los términos empleados aúna ambos matices, ya que menciona a la víctima y señala la relación íntima donde se produce la violencia: *wife abuse o abused wives*. También es utilizado un término que alude a un contexto más general donde se produce la violencia: *family violence*. Finalmente, y con menor frecuencia, se utiliza el término *patriarchal violence*, siendo el único término que alude al agresor.

Los primeros estudios son publicados tanto en revistas médicas como en revistas de derecho. Desde la perspectiva médica, los estudios llevados a cabo investigan posibles factores que predisponen a la mujer a ser maltratada, tales como la familia de origen (Hanks & Rosenbaum, 1977), la personalidad del padre, así como el haber

presenciado violencia de su pareja hacia otras personas (Price & Armstrong, 1978). En un estudio descriptivo se exponen diferentes factores asociados al maltrato, tales como violencia en las familias de origen de ambos miembros de la pareja, alcoholismo y encarcelamiento del maltratador, y maltrato infantil en las mujeres que son maltratadas por sus parejas (Gayford, 1975). También se llevan a cabo estudios donde se examinan diferentes tratamientos para mujeres maltratadas (Pfouts, 1978; Rounsaville, 1978; Rounsaville, Lifton & Bieber, 1979). Otros estudios desde la perspectiva médica ponen énfasis en el papel de los servicios sociales y sanitarios, así como su responsabilidad en la intervención en este fenómeno. Se producen los primeros intentos por identificar desde los servicios sociales a las víctimas de violencia de pareja a través de diferentes indicadores (Petro, Quann & Graham, 1978). Se valora la ayuda que las víctimas reciben por el personal sanitario que las atienden en una casa de acogida para mujeres maltratadas (Pahl, 1979). Además, se valora si la actuación de los servicios médicos posibilita la estabilidad de las familias violentas (Stark, Flitcraft & Frazier, 1979). Junto a estos estudios aparecen otras publicaciones de tipo teórico en las que se revisa el concepto de masoquismo femenino de Freud, como interpretación de la violencia contra la mujer, y se enfatiza la necesidad de encontrar otras explicaciones sobre la dinámica del maltrato que mejoren la intervención (Shainess, 1979; Symonds, 1979).

Los trabajos publicados en esta década dan una idea del interés que desde diferentes ámbitos profesionales suscita la situación de muchas mujeres. Además, hacen posible que se reconozca que hay violencia en las familias. Se pone en marcha toda una línea de investigación para intentar conocer mejor este fenómeno, siendo una pieza fundamental la creación de instrumentos de medición de la violencia. Un grupo de investigación pionero en el estudio de la agresión en las familias es el dirigido por el profesor Murray Strauss, de Estados Unidos (EE.UU); cuyo interés principal es conocer la forma en que los diferentes miembros de la unidad familiar resuelven los conflictos. Para ello, elabora y publica un cuestionario de evaluación de la violencia en la familia: el Conflict Tactics Scale, CTS (Strauss, 1979). La versión original de dicho cuestionario tiene 2 formas: la forma A, para ser contestada por maridos o parejas masculinas, que mide la frecuencia de diferentes estrategias de conflicto a través de tres subescalas: razonamiento, agresión verbal y violencia (agresión física). La forma N puede ser contestada tanto por maridos como por esposas y se evalúan las estrategias de conflicto utilizadas por ambos. Además, existe una versión revisada por el autor en 1996 (Straus,

Hamby, Boney-McCoy & Sugarman DB, 1996). Este cuestionario es el más utilizado para describir la violencia de pareja en los estudios que determinan su impacto en la salud de las víctimas. Gran parte de estos estudios suelen utilizar modificaciones de la escala de agresión física del cuestionario original o de su versión revisada, siendo administrada a la mujer para medir la frecuencia con que su pareja la agrede físicamente.

En la década de los 80, además de utilizarse los términos de la década anterior, se empieza a designar el fenómeno como *domestic violence*. Se publican diferentes estudios empíricos realizados con mujeres víctimas de violencia de pareja. Algunos de ellos son estudios epidemiológicos llevados a cabo en servicios de atención primaria en los que se dan datos de la prevalencia y características de las mujeres maltratadas (Bullock, McFarlane, Bateman & Miller, 1989). Una de estas publicaciones ofrece datos de prevalencia de la violencia de pareja, en la que tanto mujeres como hombres son víctimas (Goldberg & Tomlanovich, 1984). En otros estudios se investiga qué factores de la relación de pareja y de la violencia hacen que sea más probable que la mujer vuelva con el maltratador tras haber estado en una casa de acogida (Hilbert & Hilbert, 1984).

Es en estos años cuando aparecen los primeros estudios que determinan las consecuencias de la violencia de pareja en la salud física y/o mental de las mujeres (Jaffe, Wolfe, Wilson, & Zak 1986; Bergman, Larsson, Brismar & Klang, 1987; Campbell, 1989b). En 1983 se publica un estudio realizado en Dinamarca en el que se informa de las visitas a los servicios de salud y de las lesiones producidas en las mujeres víctimas de la violencia de pareja, así como de la relación de la violencia con la intoxicación de alcohol (Alberdi Olano & Andersen, 1983). Aparecen también estudios más específicos sobre el impacto del maltrato sexual y su relación con diferentes síntomas (Campbell, 1989a; Schei & Bakketeig, 1989) y enfermedades ginecológicas (Chapman, 1989). Además, se publica un artículo en el que se prueban dos modelos de respuesta al maltrato por parte de las mujeres, el modelo de dolor y el modelo de indefensión aprendida (Campbell, 1989c). Finalmente, en estos años se publica un estudio antropológico, realizado en diferentes culturas en el que se relaciona el maltrato con el suicidio, considerado como una de las consecuencias más graves de la violencia de pareja (Counts, 1987).

Por otra parte, se publican los primeros estudios de revisión sobre los factores de riesgo asociados a la violencia de pareja, tales como haber presenciado violencia en la familia de origen (Hotaling & Sugarman, 1986), experiencia previa del maltratador (Kirkland, 1982), abuso de alcohol y drogas por parte del maltratador (Gorney, 1989) y actitudes sociales con relación a los roles de género que normalizan la violencia (Hilberman, 1980). Además, otras revisiones ponen énfasis en las consecuencias de la violencia de pareja identificando una respuesta de estrés en la víctima (Hilberman, 1980; Terr, 1989), así como aspectos relacionados con la decisión de dejar la relación violenta (Strube, 1988). También aparecen otras publicaciones de tipo teórico en las que se reflexiona a cerca de la violencia en la familia, sobre las teorías del comportamiento violento y sobre el maltrato a los niños y a las mujeres (Rae-Grant, 1983). En otros artículos, se describe el ciclo de la violencia y la dinámica de la relación de abuso (Frazer, 1986), así como la importancia de especialistas en psiquiatría en el tratamiento de las víctimas y su papel como educadores de otros profesionales que puedan estar en contacto con las víctimas (Dickstein, 1988).

También se publican dos nuevos instrumentos para evaluar la violencia de pareja: el Index of Spouse Abuse, ISA (Hudson & McIntosh, 1981), cuyos ítems se agrupan en dos subescalas: una que valora el maltrato físico y la otra que valora el maltrato psicológico. Es un cuestionario autoadministrado en el que la mujer registra la frecuencia de diferentes actos violentos cometidos por su marido o pareja contra ella. Y el Psychological Maltreatment of Women Inventory, PMWI (Tolman, 1989) que valora diferentes tipos de maltrato psicológico a través de dos subescalas: la primera denominada “Dominancia-aislamiento” y la segunda “Emocional-verbal”.

Por otro lado, se publican los resultados de los primeros estudios de población sobre violencia familiar llevados a cabo en EE.UU entre los años 1975 y 1985 (Straus & Gelles, 1986). Así mismo, en esta década son publicados dos artículos que ofrecen datos sobre la prevalencia de la violencia de pareja contra la mujer en Suecia y en el Reino Unido, aunque la muestra utilizada no permite considerarlos como estudios de población (Brismar & Tuner, 1982; Andrews & Brown, 1988).

Finalmente, se publican resultados sobre la efectividad de utilizar protocolos para la identificación y clasificación de las mujeres maltratadas (McLeer & Anwar, 1989), y se llevan a cabo programas de salud en diferentes centros para mujeres, valorando su estado físico y mejorando sus hábitos de salud (Hollenkamp & Attala, 1986).

Durante los años 90 y hasta la actualidad se sigue empleando el término *domestic violence* en estudios sobre mujeres que son maltratadas por sus parejas, aunque también existen publicaciones en las que la terminología es más concreta: *intimate partner violence*. Estos estudios ponen énfasis en las diferentes piezas del puzzle que componen la violencia de pareja, con la finalidad de comprender este fenómeno, que ha dejado de ser “normal” y pasa a considerarse como un problema social.

Es en esta década cuando aparecen publicados los primeros estudios con muestras nacionales representativas sobre violencia de pareja contra la mujer en países europeos como Dinamarca (Christiansen & Koch-Nielsen, 1992) y Finlandia (Heiskanen & Piispa, 1998). En cuanto a estudios empíricos, se publican trabajos que se centran en las características de la mujer que le impiden acabar con la relación violenta y cuáles influyen en la intención de abandonar al maltratador (Arias & Pape, 1999; Henning & Klesges, 2003). También se investigan las reacciones de las mujeres a la violencia de sus parejas para determinar si ciertos comportamientos disminuyen el maltrato (Follingstad, Hause, Rutledge & Polek, 1992). Finalmente, otras investigaciones buscan indicadores demográficos o factores en la salud de las mujeres maltratadas que las predisponga a ser víctimas de violencia de pareja (Saunders, Hamberger & Hovey, 1993).

Sin embargo, el grueso de los estudios sobre violencia de pareja y su impacto en la salud de las mujeres han sido publicados a partir de la década de los 90 y hasta la actualidad. Los resultados encontrados en estos estudios serán comentados en epígrafes posteriores del presente trabajo. (Parte II, 8)

En España disponemos de diferentes estudios publicados a partir de esta década. Una de las primeras investigaciones valoró el maltrato físico y psicológico en mujeres y niños que buscaron ayuda médica por las agresiones recibidas (Luna, Ceron, Osuna & Banon, 1990). Otro estudio ofreció datos generales sobre la situación de las mujeres en

España, incluyendo datos sobre víctimas de violencia y maltrato doméstico (Galindo & Serrano, 1994). Estudios posteriores valoran el impacto de la violencia de pareja en la salud de las mujeres (Pico-Alfonso, Garcia-Linares, Celda-Navarro, Herbert & Martinez, 2004; Garcia-Linares, Sánchez-Lorente, Coe & Martinez, 2004; Raya Ortega, Ruiz Pérez, Plazaola Castaño, Brun López-Abisab, Rueda Lozano, García de Vinuesa, González Barranco, Garralon Ruiz, Arnalte Barrera, Lahoz Rallo, Acemel Hidalgo & Carmona Molina, 2004), mientras que otros estudios describen el perfil psicopatológico de los maltratadores (Echeburua, Fernández-Montalvo & Amor, 2003; Fernández-Montalvo, Echeburua & Amor, 2005). Además, se publican diferentes instrumentos para valorar las consecuencias en la salud de la violencia, por ejemplo el cuestionario Respuesta Emocional a la Violencia (REV) que determina el nivel de estrés emocional en situaciones de crisis relacionadas con violencia de pareja o con violencia sexual de otras personas (Soler, Barreto & González, 2005). Por otra parte, aparecen las primeras revisiones en castellano sobre la violencia de pareja (Plazaola-Castano & Ruiz Perez, 2004; Blanco, Ruiz-Jarabo, Garcia de Vinuesa & Martín-García, 2004). Finalmente, se publican los primeros estudios epidemiológicos que ofrecen los primeros datos sobre la prevalencia de la violencia de pareja a nivel estatal (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer, 1999; Medina-Ariza & Barberet, 2003).

La publicación a lo largo de las diferentes décadas de los diferentes trabajos mencionados da una idea del interés por esclarecer la situación en que viven millones de mujeres en todo el mundo. Como se ha expuesto, han sido múltiples los enfoques utilizados para abordar la problemática de la violencia de pareja contra la mujer; de todos ellos elegimos la perspectiva de la salud. En este contexto, la idea de este trabajo es presentar la violencia de pareja como una situación de estrés cuyo impacto va a deteriorar de manera global la salud de las mujeres que la sufren.

PARTE 2

ESTUDIO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA DEL HOMBRE CONTRA LA MUJER EN EL MARCO DE LA TEORIA DEL ESTRÉS

El principal interés de este trabajo es conocer el impacto de la violencia de pareja sobre la salud de las mujeres. El modo de abordar esta tarea va a ser a través del constructo de estrés. Dicho constructo, que fue planteado en el campo de estudio de la psicología hace tres décadas, servirá como herramienta heurística, permitiendo poner en relación variables de diferente naturaleza para comprender mejor los procesos por los que un ser humano enferma y se recupera.

El estrés es un constructo multidimensional que se ha estudiado desde diferentes perspectivas. De manera simplificada, el estrés se ha estudiado desde el punto de vista del estímulo, de la respuesta y desde un punto de vista integrador. Desde esta última perspectiva, se propone el estrés como un proceso que se inicia con un estímulo interno o externo, que es interpretado de manera consciente o produce una reacción automática y finaliza con una respuesta que puede ser adaptativa o desadaptativa.

En este trabajo se ha intentado poner una lupa en las diferentes partes del proceso y considerar la violencia de pareja como un estresor psicosocial que va a producir un efecto desadaptativo a nivel psicológico y fisiológico. Nos interesa especialmente el polo desadaptativo de la respuesta de estrés puesto que desde esta perspectiva la salud de un individuo y dicha respuesta van a tener una relación inversa. Además, hemos introducido en el modelo otro aspecto, los estilos de afrontamiento, que pueden invertir o mantener la respuesta desadaptativa.

El epígrafe que sigue tratará de ofrecer una visión breve y completa de los desarrollos teóricos, así como de las investigaciones llevadas a cabo que han ido dando cuerpo a la teoría del estrés. En primer lugar, se citarán a los autores que introdujeron el término estrés en el campo de la salud y, a continuación, se ofrecerá una visión del concepto de estrés desde una perspectiva más actual. Después se describirá el estrés psicosocial y la respuesta fisiología, poniendo especial énfasis en la respuesta inmune, puesto que es una de las variables medidas en este trabajo.

El epígrafe 7 acercará el tema de la violencia de pareja a un campo de especial relevancia para el ser humano, ya que será considerada como una manifestación más del estrés psicosocial.

El epígrafe 8 constituye el núcleo del presente trabajo. En él se revisarán los trabajos publicados que han estudiado la salud de las mujeres víctimas de violencia de pareja, siendo agrupados por la dimensión de salud medida: salud mental, salud física y sistemas fisiológicos.

Finalmente, el epígrafe 9 tratará sobre uno de los temas de mayor interés en el campo de la psicología, las estrategias de afrontamiento, posibles atenuadores del impacto de la violencia de pareja en la salud de las mujeres.

6. Introducción a la teoría del estrés

La teoría del estrés se ha nutrido del trabajo de investigaciones de diferentes campos de estudio. Si bien, cada disciplina ha investigado el estrés con sus propias herramientas, la idea general ha sido conocer cómo los procesos emocionales mantienen determinadas respuestas que, a largo plazo, pueden ser perjudiciales para el organismo.

Las primeras aportaciones fueron llevadas a cabo desde la fisiología, considerándose relevantes los trabajos de Walter B. Cannon que investigó el proceso fisiológico de regulación que realizan los organismos durante el estrés, llamándolo “homeostasis” (Cannon, 1914), y los trabajos de Hans Selye que describió el estrés como el Síndrome General de Adaptación (Selye, 1936). Esta línea de investigación, el estudio del estrés y su relación con la salud, dio lugar a un productivo campo de estudio que continua en la actualidad. Dentro de la psiquiatría cabe destacar el trabajo realizado por Holmes y Rahe, y su interés por relacionar los acontecimientos estresantes experimentados por las personas con la propensión a padecer enfermedades (Holmes & Rahe, 1976). Desde esta perspectiva, el estrés es definido como la cantidad de sucesos estresantes que se experimentan en un momento temporal determinado. Finalmente, el trabajo de Richard Lazarus integra los conocimientos obtenidos hasta entonces y, lo que es más importante, da lugar a que se estudie el proceso de estrés desde un punto de vista psicológico, proponiendo que el estrés es una interacción entre el individuo y su entorno. Según Lazarus, se producirá estrés cuando la persona evalúe un estímulo como una amenaza para su bienestar y valore que sus estrategias para hacerle frente son inadecuadas (Lazarus, 1982). Por tanto, según el modelo de Lazarus, si la transacción entre el estímulo y los recursos personales es negativa tendremos sujetos estresados y potencialmente enfermos.

El cuerpo teórico que fue tomando forma hasta principios de la década de los 80, fue adquiriendo complejidad con la inclusión de diferentes elementos de tipo biológico y cognitivo. Sin embargo, ello supuso, a su vez, una mejora en el modelo ya que representaba mejor la realidad objeto de estudio.

6.1. Concepto de estrés en la actualidad

Las investigaciones que se enmarcan en la teoría del estrés diseñan o eligen diferentes situaciones estresantes y manipulan o miden su intensidad, frecuencia y duración para comprobar qué mecanismos fisiológicos se activan, cuáles son los efectos a nivel conductual y qué consecuencias en la salud de los individuos conlleva el estrés a largo plazo. Como se ha mencionado anteriormente, las diferentes aportaciones a este campo de estudio han ido ampliando el concepto de estrés, aunque a la vez lo han hecho más impreciso. Por ello, algunas publicaciones han sugerido nuevos términos que precisan más concretamente qué se considera como estrés.

Una de estas aportaciones define el estrés procesual, que hace referencia al circuito neuronal activado por estímulos complejos de diferentes áreas de asociación cerebral, así como de estructuras del sistema límbico como el hipocampo y la amígdala. Estos son estímulos que requieren un procesamiento consciente y producirán una activación del eje hipotálamo-hipofiso adrenal (HHA) a través del núcleo paraventricular del hipotálamo (PVN), en función de la experiencia pasada del individuo (Herman & Cullinan, 1997). En psicología, es particularmente importante el estrés procesual puesto que el entorno social en el que vive el ser humano le va a hacer enfrentarse a estímulos complejos que requerirán la activación de centros cerebrales superiores.

Posteriormente, y con el inicio del estudio de diferentes marcadores inmunológicos en este campo de estudio, se han propuesto nuevos términos que clarifican el concepto de estrés y su relación con la salud. Por ejemplo, los términos de alostasis, en contraposición al de homeostasis, y de carga alostática. La homeostasis, en sentido estricto, está relacionada con el equilibrio de diferentes parámetros esenciales para la supervivencia del organismo como el pH, la temperatura y el aporte de oxígeno. El término alostasis hace referencia a los mecanismos fisiológicos que mantienen la homeostasis, el eje HHA y el sistema nervioso autónomo (SNA), mecanismos que tradicionalmente se han relacionado con la adaptación a los cambios del entorno. Finalmente, el término de carga alostática hace referencia a la situación orgánica en la que hay demasiada alostasis o ésta es regulada de manera ineficaz, dando lugar a daño cerebral y a una alteración en la respuesta inmunitaria (McEwen, 2000).

La utilidad de ambas aportaciones radica en que en el estudio del estrés en seres humanos nos interesa el estrés procesual en situación de carga alostatica, puesto que de esta manera valoramos el estrés que más frecuentemente va a experimentar un individuo y las condiciones en las que los mecanismos de alostasis dejan de ser adaptativos y suponen un riesgo para el bienestar del individuo que lo sufre.

Por ello, en el presente trabajo definimos el estrés como un proceso psicobiológico que, requiriendo la activación de estructuras cerebrales superiores, generará una respuesta biológica prolongada, con repercusiones negativas tanto a nivel fisiológico como psicológico.

6.2. Estrés psicosocial y respuesta fisiológica

Las situaciones estresantes a las que se enfrenta el ser humano son, en su mayoría, de tipo social, es decir, se generan en el contexto social en el que el individuo está inmerso. Las distintas interacciones sociales que realiza la persona en su vida cotidiana: trabajo, familia y amigos, van a constituir las principales fuentes generadoras de malestar subjetivo que puede desencadenar la respuesta de estrés.

El efecto en el organismo de este tipo de situaciones es considerado como estrés psicosocial, siendo la investigación con animales una de las estrategias más utilizadas puesto que implican un contexto social generador de estrés. Dichos estudios diseñan modelos animales adecuados de estrés psicosocial cuyos resultados serán un referente para comprender el efecto del estrés psicosocial en los seres humanos. Por ejemplo, los modelos animales de estrés psicosocial más frecuentes utilizan, generalmente, como estímulo estresante la agresión física realizada por un animal co-específico (Martinez, Calvo-Torrent & Herbert, 2002) o tener un estatus de subordinado en la jerarquía de un grupo (Blanchard, McKittrick & Blanchard, 2001).

La investigación en seres humanos con relación al estrés psicosocial es de dos tipos. Un tipo consiste en experimentos de laboratorio en los que se diseñan situaciones generadoras de estrés moderado tales como hablar en público o realizar tareas mentales de aritmética (Kirschbaum, Pirke & Hellhammer, 1993), evaluándose el efecto que esta situación de estrés agudo tiene en diferentes índices fisiológicos (Benschop, Geenen,

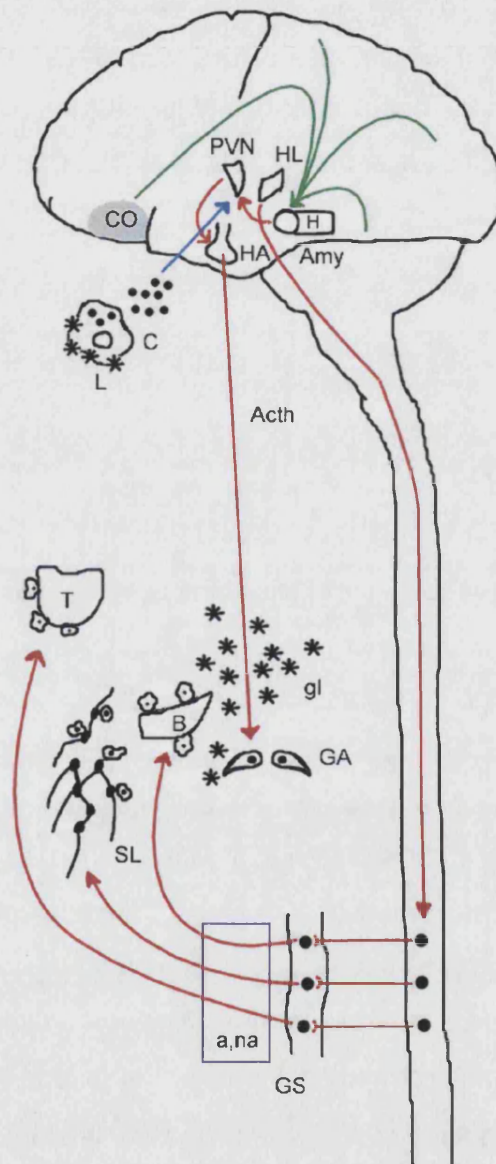
Mills, Naliboff, Kiecolt-Glaser, Herbert, van der Pompe, Miller, Matthews, Godaert, Gilmore, Glaser, Heijnen, Dopp, Bijlsma, Solomon & Cacioppo, 1998). El segundo tipo de estudios se lleva a cabo con personas que han sufrido una experiencia estresante de naturaleza psicosocial como haber sufrido algún tipo de violencia realizada por otro ser humano: veteranos de guerra (Everson, Kotler & Blackburn, 1999; Mason, Wang, Yehuda, Lubin Johnson, Bremner, Charney & Southwick, 2002), ataques terroristas (Eckart, Shry, Scoville, Thompson, Stajduhar & Krauski, 2004; Sainz Corton, Gonzalo Franco & Gomez Rojo, 2005) y violencia de pareja (Garcia-Linares et al, 2004). Otros tipos de estrés psicosocial son los conflictos de pareja (Robles & Kiecolt-Glaser, 2003), el cuidado de un familiar con una enfermedad terminal (Glaser, Kiecolt-Glaser, Malarkey & Sheridan, 1998) y el estrés que supone la competición y la jerarquía en los deportistas (Salvador, 2005).

La investigación sobre el estrés psicosocial llevada a cabo tanto en animales como en seres humanos ha permitido esclarecer las complejas interacciones de los sistemas fisiológicos del organismo para construir una respuesta integrada, véase figura 1, y cómo estos procesos interactivos pueden producir en determinadas circunstancias un desajuste de los sistemas.

Cuando un estímulo es interpretado como estresante por un organismo tienen lugar una serie de diferentes eventos fisiológicos inmediatos que implican la actividad del sistema nervioso, el sistema endocrino y el sistema inmunológico. Diferentes sustancias, principalmente neurotransmisores, hormonas y citocinas, posibilitan la coordinación de los tres sistemas, ya que cada uno de ellos es sensible a las acciones de los otros. Al final del proceso, todos estos cambios fisiológicos repercuten, nuevamente, en el funcionamiento del sistema nervioso y del sistema inmune (McEwen, 2000).

La información proveniente de las diferentes regiones de la corteza de asociación sensorial y de la corteza orbitofrontal llega a la amígdala central, cuya estimulación activa los núcleos paraventricular y lateral del hipotálamo. La actividad de éste último posibilita la activación de la división simpática del SNA, estimulando la liberación de adrenalina y noradrenalina por la médula adrenal (Carlson, 2002). La estimulación del núcleo paraventricular del hipotálamo pone en marcha el mecanismo fisiológico más investigado hasta la actualidad relacionado con la respuesta de estrés: la actividad del

CONEXIONES SISTEMA NERVIOSO - SISTEMA ENDOCRINO - SISTEMA INMUNE



CO: Corteza Orbitofrontal
H: Hipocampo
Amy: Amígdala
PVN: Núcleo paraventricular
HL: Hipotálamo lateral
HA: Hipófisis anterior

GA: Glándula adrenal
GS: Ganglios simpáticos
SL: Sistema linfático
T: Timo
B: Bazo
L: Linfocitos

Acth: hormona adenocorticotropa
gl: glucocorticoides
a, na: adrenalina, noradrenalina
C: citocinas

eje HHA, cuyo efecto último es la liberación de glucocorticoides por la corteza adrenal. De hecho, el nivel de cortisol, secretado por la corteza adrenal, y liberado al torrente sanguíneo, es el indicador de la respuesta de estrés más estudiado en seres humanos. La sensibilidad de los órganos y las células inmunitarias a los corticoides y catecolaminas, secretadas por la glándula suprarrenal, modulan la actividad del sistema inmune. Este complejo circuito de comunicación se completa con la liberación, por parte del sistema inmune, de unas sustancias denominadas citocinas que actúan como mensajeros en todo el organismo. Las citocinas tienen su principal acción en la eminencia media del hipotálamo controlando, de este modo, la liberación de diferentes hormonas hipofisiarias (Del Abril Alonso, Ambrosio Flores & de Blas Calleja, 2001).

La respuesta de estrés, considerada como un proceso psicobiológico, es la que se ha seguido a la hora de interpretar la respuesta al estrés crónico psicosocial en las mujeres expuestas a violencia de pareja.

6.3. Estrés psicosocial y su impacto en el sistema inmune

El efecto del estrés psicosocial a través de la compleja red de interacciones entre el sistema nervioso, el sistema endocrino y el sistema inmune y su impacto en la salud constituye el área de estudio de la Psiconeuroinmunología. La primera publicación en 1975 sobre el condicionamiento clásico de la respuesta inmune (citado en Ader, 2000) abrió el campo de investigación en el estudio del papel modulador de los diferentes factores psicológicos sobre dicha respuesta fisiológica. A lo largo de las siguientes tres décadas se han publicado alrededor de 200 estudios sobre cómo el estrés psicosocial puede deteriorar la salud a través del funcionamiento alterado de diferentes parámetros del sistema inmune (Padgett & Glaser, 2003). Algunos estudios han investigado el efecto de la adrenalina (A) y noradrenalina (NA) y de los glucocorticoides en el funcionamiento inmunológico. Los resultados señalan que los efectos de las catecolaminas producen un cambio en el tráfico de las células inmunitarias entre la sangre y los órganos linfoides, siendo difícil interpretar este cambio a nivel de salud, mientras que los glucocorticoides, en general, producen inmunosupresión, siendo interpretado dicho efecto, negativo para la salud. De manera que la respuesta de estrés se relaciona con alteraciones de diversos parámetros inmunológicos tales como una reducción en la capacidad de respuesta de los macrófagos, una reducción en la

producción de interleucina-1 (IL-1) por los macrófagos y de IL-2 por los linfocitos T, una supresión en la actividad de los linfocitos B y una reducción en la actividad de las células asesinas (NK) (Sandi & Calés, 2000).

Una revisión sobre modelos de estrés mental que evalúa el efecto diferencial del estrés agudo (minutos) y crónico (días) sobre la producción de citocinas y su efecto sobre otras células inmunitarias, concluye que, en situaciones de estrés agudo, la inducción de citocinas aumenta los niveles de linfocitos T colaboradores (CD4-TH1), mejorando la actividad inmunológica. Por el contrario, el efecto de las citocinas durante el estrés prolongado estimula los linfocitos T colaboradores (CD4-TH2), causando un desequilibrio en el sistema (Matalka, 2003). En relación al efecto del estrés psicosocial y la respuesta de los anticuerpos, una revisión indica que un alto nivel de estrés produce una disminución de la producción de anticuerpos en personas que han sido reexpuestas a un determinado virus (Cohen, Miller & Rabin, 2001). Por otro lado, dentro del estudio de los mecanismos subyacentes a los trastornos emocionales relacionados con el estrés, una revisión sobre la etiología de la depresión propone la hipersecreción de citocinas como paso previo a la activación del eje HHA (Leonard, 2000). Con respecto a la etiología del cáncer una revisión sobre estrés crónico en animales propone que la disminución de los linfocitos T citotóxicos (CD8), así como de las células asesinas (NK), son factores clave en el inicio y la progresión del cáncer (Reiche, Nunes & Morimoto, 2004).

6.4. Víctimas de violencia y sistema inmune

Existen diferentes estudios llevados a cabo tanto en animales como en seres humanos que determinan el impacto del estrés psicosocial que supone ser víctima de violencia sobre el funcionamiento inmunológico. La investigación llevada a cabo con animales es más amplia y han sido diversos los parámetros inmunológicos medidos, algunos estudios se han centrado en medir los cambios en la cantidad o proliferación de diferentes células inmunológicas, otros en el tráfico de las mismas y también en los cambios anatómicos de algunos órganos linfoides.

Por ejemplo, un estudio llevado a cabo en ratas indicó que los animales con un comportamiento sumiso ante un macho dominante mostraron una reducción en la proliferación de linfocitos así como un cambio en el equilibrio de los mismos, es decir,

hubo una disminución de linfocitos T colaboradores y citotóxicos y un aumento de linfocitos B (Stefanski, 1998). Posteriormente, este mismo grupo de investigadores encontró que las ratas perdedoras tenían niveles más bajos de linfocitos T CD4 y CD8 (Stefanski, 2000). Así mismo, se ha encontrado que ratones subordinados presentaron menor nivel de IL-1 en el bazo que ratones dominantes (Fano, Sánchez-Martín, Arregi, Castro, Alonso, Brain & Azpíroz, 2001). Un estudio realizado con ratas derrotadas repetidamente encontró una supresión de la respuesta humoral primaria y un incremento de linfocitos Tcitotóxicos (Bohus, Koolhaas, Heijnen & de Boer, 1993). Finalmente, otro estudio realizado con ratones que habían sufrido una sola derrota por un animal coespecífico y habían sido inoculados previamente con un virus del herpes encontró una supresión de la proliferación de linfocitos, de la producción de la citoquina IL-2 específica para el virus y de la citoquina IFN-gamma (de Groot, van Milligen, Moonen-Leusen, Thomas & Koolhaas, 1999).

En relación al tráfico de linfocitos T entre la sangre y los nódulos linfáticos un estudio llevado a cabo en ratas perdedoras encontró una reducción del 30% de linfocitos T en el bazo y en los nódulos linfáticos mesentéricos y cervicales así como una localización aumentada de los mismos en la médula ósea (Stefanski, Peschel & Reber, 2003a). Además, este mismo grupo de investigadores encontraron, en ratas socialmente estresadas, un aumento del nivel de apoptosis en el timo y una disminución de la proliferación de timocitos así como en el transporte de los mismos a la sangre (Engler & Stefansky, 2003b).

Estudios llevados a cabo en personas con trastorno de estrés postraumático (tep) asociado al maltrato sexual en la infancia han encontrado, con procedimientos diferentes, una mayor activación de linfocitos T que se relaciona con un desajuste de la respuesta inmunológica. En uno de ellos se encontró que la ratio entre dos tipos de linfocitos T colaboradores fue mayor (Wilson, van der Kolk, Burbridge, Fisler & Kradin, 1999), mientras que en otro estudio se encontró un aumento en la respuesta de hipersensibilidad retardada (Altemus, Cloitre & Dhabhar, 2003).

Finalmente, en cuanto a la respuesta de anticuerpos un estudio encontró que las víctimas de maltrato sexual infantil presentaban un nivel alto de anticuerpos

antinucleares en la sangre, indicando una alteración en la función homeostática normal del sistema inmune (De Bellis, Burke, Trickett & Putnam, 1996).

Los resultados obtenidos en estudios con animales, tomados en conjunto, sugieren que el efecto de la violencia produce una inmunosupresión tanto celular como humoral, así como cambios en la localización de algunas células inmunitarias. Los estudios realizados con seres humanos indican un aumento tanto de la respuesta celular como la humoral, indicando una disregulación de la respuesta inmunológica.

6.5. Estrés psicosocial y control inmune del virus Herpes simplex tipo 1

Hasta la actualidad se han descrito ocho tipos de virus del Herpes, presentando todos ellos dos rasgos comunes: que durante el ciclo productivo de la infección muestran patrones de expresión genética y que establecen y mantienen infecciones latentes. Los virus del Herpes son evolutivamente muy antiguos y afectan a los miembros de todos los grupos de vertebrados (Wagner & Bloom, 1997). Este hecho es importante puesto que un organismo adulto habrá estado expuesto a este tipo de virus y habrá creado células de memoria contra el mismo. De tal manera que una nueva exposición al mismo generará una respuesta inmunológica con un perfil biológicamente similar en los individuos previamente infectados por el virus.

El virus utilizado en este estudio es el Herpes simplex tipo 1 (Hs-1), estando clasificado en el grupo de los virus Herpes alfa debido a que es neurotrópico (causando infecciones latentes en las neuronas del sistema nervioso autónomo y del sistema sensorial). Además, presenta un ciclo de replicación rápida y afecta a un amplio rango de células (Wagner & Bloom, 1997). La principal consecuencia de la infección por este virus son: el herpes labial, estomatitis, queratitis y encefalitis (Sainz, Loutsch, Marquart & Hill, 2001). Este virus es, dentro del grupo de los virus Herpes alfa, el que ha sido más estudiado.

Diferentes estudios de estrés psicosocial, tanto en seres humanos como en animales de experimentación, han utilizado este virus como un método para comprobar su patrón de actividad y su relación con la respuesta inmune. Por ejemplo, un estudio realizado en

ratones encontró que la activación del eje HHA, medida a través del nivel de corticosterona, reactivó el virus Hs-1 en un significativo número de animales (Padgett, Sheridan, Dorne, Berntson, Candelora & Glaser, 1998). En otro estudio llevado a cabo con estudiantes se encontró que presentaban niveles altos de anticuerpos contra el virus Hs-1 en sangre durante la época de exámenes, siendo la producción de anticuerpos específicos un índice de reactivación del virus Hs-1 (Glaser, Kiecolt-Glaser, Speicher & Holliday, 1985). Finalmente, en otro estudio que valoró la respuesta inmune de los familiares de pacientes con demencia encontró un aumento de los anticuerpos específicos para el virus Hs-1 y un descenso en los linfocitos T específicos para el virus Hs-1 (Glaser & Kiecolt-Glaser, 1997). Una revisión consultada pone de manifiesto que la respuesta celular en humanos ha sido más estudiada que la respuesta humoral (Biondi M, 2001). Además, existen muy pocos estudios que hayan valorado el funcionamiento inmune mediante el virus Hs-1 en la sangre y ninguno que lo haya hecho en la saliva. Sin embargo, hay disponibles algunos datos sobre el efecto del estrés psicosocial en la inmunidad relacionada con la Inmunoglobulina A (IgA) tras la administración oral de antígenos. Por ejemplo, uno de ellos encontró una disminución de IgA específica en sujetos en período de exámenes (Stone, Cox, Vldimarsodottir, Jandorf & Neale, 1987).

Si bien el control inmune contra el virus Hs-1 en la saliva no ha sido estudiado previamente como un marcador biológico que ni en víctimas de violencia ni en personas que han experimentado otro tipo de situaciones estresantes, los trabajos anteriormente comentados dan una idea de cómo el organismo responde en situaciones de estrés a un virus latente como es el Hs-1. El estudio en el presente trabajo de la inmunidad relacionada con la IgA ante el virus Hs-1 en víctimas de violencia de pareja aporta datos novedosos en el estudio del impacto del estrés en el sistema inmune.

7. La violencia de pareja del hombre contra la mujer como estrés psicosocial

Los estudios que han evaluado el estado de salud de las mujeres víctimas de violencia de pareja han interpretado los resultados obtenidos desde diferentes perspectivas teóricas. Por ejemplo, una de las revisiones consultadas propone diferentes teorías que explican la prevalencia de la depresión en mujeres que han sufrido violencia de pareja: a) las teorías biológicas (la hipótesis genética), b) las teorías cognitivas (la

indefensión aprendida) y c) la teoría del estrés son algunos de los marcos teóricos considerados (Campbell, Kub & Rose, 1996). En cuanto a esta última teoría, Resnick y colaboradores proponen un modelo en el que el efecto directo que la violencia tiene sobre los niveles de estrés, así como la disfunción consiguiente en el sistema inmune y un comportamiento de salud de riesgo aumenta la probabilidad de padecer problemas de salud (Resnick, Acierno & Kilpatrick, 1997). De manera que interpretar el deterioro en la salud de las mujeres víctimas de violencia de pareja en el marco de la teoría del estrés ha sido la elección de algunas investigaciones. Por ejemplo, un estudio encontró que la violencia de pareja tuvo un efecto directo sobre el nivel de estrés, y que éste, tuvo a su vez, un efecto directo sobre el nivel de depresión y la cantidad de síntomas físicos (Sutherland et al, 2002).

Por otro lado, algunos autores han categorizado la constelación de síntomas presentes en las mujeres maltratadas bajo la categoría “Síndrome de la mujer maltratada” (Walker, 1984). Otros autores han descrito que el maltrato psicológico produce en las mujeres maltratadas un “lavado de cerebro” similar al que padecen los prisioneros de guerra (Mega, Mega, Mega & Harris, 2000). Sin embargo, los resultados obtenidos hasta la actualidad indican que la sintomatología que presentan las mujeres maltratadas es muy variada. De este modo, más que caracterizar un síndrome determinado, sus problemas de salud son la consecuencia de una respuesta individual de estrés, cuyo resultado va ser un cuadro sintomático muy heterogéneo en función de cada mujer. Por lo tanto, las alteraciones en la salud que presentan las mujeres maltratadas no constituyen, *per se*, una categoría médica. Ello es importante para resaltar que la mujer expuesta a violencia de pareja no presenta una “sintomatología específica” que la autodefine como “maltratada”.

8. Impacto de la violencia de pareja en la salud de las mujeres

Numerosos estudios han comprobado que la violencia de pareja contra la mujer está asociada con un estatus bajo de salud. La revisión bibliográfica realizada ha permitido constatar que los estudios en este campo se han centrado en medir el impacto de uno o varios tipos de violencia, existiendo muchas diferencias entre ellos en la metodología empleada. A continuación se describe qué tipos de violencia se han tenido en cuenta en los diferentes estudios y cómo se ha operativizado su medición. Después se

tratará por separado los resultados encontrados en relación con la salud mental, la salud física y los sistemas fisiológicos.

Con respecto al tipo de violencia, unos estudios han determinado el impacto de la violencia física (Jaffe et al, 1986; Gleason, 1993; Brokaw, Fullerton-Gleason, Olson, Crandall, McLaughlin & Sklar, 2002), mientras que otros estudios han determinado, además, el impacto de la violencia sexual (Eby, Campbell & Sullivan 1995; Plichta & Falik, 2001; Bennice, Resick, Mechanic & Astin, 2003). Otros estudios se han centrado en la violencia física y psicológica (Follingstad, Brennan, Hause, Polek & Rultedge, 1991; Sutherland, Bybee & Sullivan, 1998; Arias & Pape, 1999) y por último, otros estudios han tenido en cuenta los tres tipos de violencia (Vitanza, Vogel and Marshal, 1995; Campbell, Kub, Belknap & Templin, 1997; Sutherland, Bybee & Sullivan, 2002; Coker, Watkins, Smith & Brandt 2003).

Las estrategias de medición de los tipos de violencia varían en función de los objetivos de cada investigación, desde la utilización de una pregunta global (por ejemplo, ¿Has sido maltratada físicamente en el último año por tu pareja?) a la utilización de un cuestionario con el que se obtiene información sobre la frecuencia de diferentes actos violentos.

La valoración de la **violencia física** en los estudios consultados se explica a continuación. En algunos estudios se determina la presencia de violencia física con una pregunta global (Follingstad, et al, 1991; Lown & Vega, 2001; Brokaw et al, 2002). En la misma línea, diferentes estudios prospectivos han seguido esta estrategia global en la determinación de la violencia utilizando los registros médicos de mujeres que habían acudido al hospital por lesiones y heridas debidas a violencia física llevada a cabo por su pareja (Bergman et al, 1987; Bergman & Brismar, 1991; Helweg-Larsen & Kruse, 2003). Otros estudios han utilizado cuestionarios, sobre los diferentes tipos de violencia, que ya existían y que habían sido utilizados con anterioridad. Por ejemplo, algunos estudios ha utilizado el Conflict Tactics Scale, CTS (Murray, 1979), revisiones posteriores o modificaciones del mismo (Jaffe et al, 1986; Eby, Campbell & Sullivan 1995; Sutherland, Bybee & Sullivan, 1998; Plichta & Falik, 2001). Otro cuestionario utilizado para valorar la violencia física es el Index of Spouse Abuse, ISA (Hudson & McIntosh, 1981), que ha sido menos utilizado que el anterior (Campbell et al, 1997;

Need, 2000; Coker et al, 2003), y finalmente un estudio empleó el Severity of Violence Against Women Scales, SVAWS (Marshall, 1992) para medir violencia física (Vitanza et al, 1995). Finalmente, otros estudios han medido la violencia física desarrollando sus propios cuestionarios (Aguilar & Nightingale, 1994; Sackett & Saunders, 1999). Tanto la utilización de un cuestionario estándar de violencia como la elaboración de uno propio son estrategias que permiten una medición más detallada de los tipos de violencia experimentados por las mujeres permitiendo una valoración óptima de su impacto en la salud.

Además, algunos de los estudios anteriores han determinado el impacto de la **violencia sexual** en la salud de las mujeres preguntando si han sido obligadas por sus parejas a tener una relación sexual (Eby et al, 1995; Plichta & Falik, 2001; Lown & Vega, 2001; Brokaw et al, 2002). Otros estudios han utilizado las escalas de maltrato sexual de diferentes cuestionarios que miden violencia, como la escala de maltrato sexual del CTS (Dutton, Goodman & Bennet, 1999), del ISA (Coker et al, 2003) y del SVAWS (Vitanza et al, 1995). Por último, algunos estudios han optado por crear una lista de actos de violencia sexual (Campbell, 1989a; Weaver, Kilpatrick, Resnick, Best & Saunders, 1997; Aguilar & Nightingale, 1994).

La medición de la **violencia psicológica** también difiere entre los estudios. Mientras que unos estudios han obtenido índices de maltrato psicológico con la utilización de un cuestionario general de violencia como el ISA (Campbell et al, 1997; Need, 2000) o el Women's Experience with Battering, WEB (Smith, Earp, DeVellis, 1995), instrumento que considera el maltrato como un proceso continuado producto del uso de la fuerza física, sexual y psicológica (Coker et al, 2003), otros han elaborado sus propios cuestionarios (Follingstad, et al, 1991; Aguilar & Nightingale, 1994; Vitanza et al, 1995; Sutherland et al, 1998, 2002; Sackett & Saunders, 1999).

8.1 Impacto en la salud mental

Los estudios realizados hasta la actualidad que evalúan el impacto sobre la salud mental del estrés psicosocial que supone ser víctima de violencia de pareja indican que las mujeres maltratadas presentan un deterioro en su salud mental, por ejemplo presentan mayores índices de depresión (Sackett & Saunders, 1999) e intentos de

suicidio (Vitanza et al, 1995). Además, se ha encontrado que diferentes tipos de violencia son predictores de índices de salud mental como la depresión y la autoestima. Los estudios existentes, independientemente de que hayan medido la violencia de manera global o diferenciando por tipos de violencia, han encontrado de manera consistente una relación de la violencia física con niveles de depresión (Jaffe et al, 1986; Follingstad, et al, 1991; Sackett & Saunders, 1999; Plichta & Falik, 2001), ansiedad (Jaffe et al, 1986; Follingstad, et al, 1991; Coker et al, 2003) y tep (Vitanza et al, 1995; Weaver et al, 1997; Arias & Pape, 1999; Coker et al, 2003). Además, se ha encontrado una relación de la violencia física con otros indicadores del nivel de salud mental como el insomnio (Jaffe et al, 1986), una baja percepción de salud mental (Cocker et al, 2003) y un abuso de sustancias como alcohol (Gleason, 1993) y cocaína (Brockaw et al, 2002). Así mismo, la violencia psicológica se ha relacionado con niveles de depresión (Nedd, 2000; Sackett & Saunders, 1999), ansiedad (Need, 2000; Cocker et al, 2003), tep (Arias & Pape, 1999; Cocker et al, 2003) y también, con una baja percepción de salud mental (Cocker et al, 2003). De manera similar, la violencia sexual se ha relacionado con niveles de depresión (Dutton et al, 1999; Plitcha & Falik, 2001), ansiedad (Plitcha & Falik, 2001; Cocker et al, 2003) y tep (Weaver et al, 1997; Dutton et al, 1999; Cocker et al, 2003), aunque también con una baja autoestima e imagen corporal (Campbell et al, 1989b), trastorno de estrés agudo (Dutton et al, 1999) y una baja percepción de la salud mental (Cocker et al, 2003).

Los estudios que han utilizado cuestionarios o listas de actos violentos de los diferentes tipos de violencia han podido establecer qué tipo es un predictor de la salud mental. Un estudio que determinó el impacto de la violencia física, psicológica y sexual sobre los niveles de depresión, encontró como único predictor significativo la violencia física (Campbell et al, 1997). Sin embargo, otro estudio que relacionó el efecto de diferentes tipos de violencia sobre el nivel de autoestima encontró que el predictor de dicha variable fue la violencia psicológica, es decir, unos niveles altos de violencia psicológica predecían una menor autoestima (Aguilar & Nightingale, 1994).

A pesar del consenso existente entre los estudios que han medido la violencia de una manera parcial y los que han medido los diferentes tipos de violencia, hay que subrayar la contribución relativa de los diferentes tipos de violencia sobre los niveles de salud mental cuando se tienen en cuenta a la vez, puesto que esta metodología permite

reflejar de una manera más ajustada a la realidad lo que le ocurre a una mujer cuando es víctima de diferentes tipos de violencia. Por este motivo son necesarios más estudios que incluyan diferentes tipos de violencia, así como otras variables de la vida de la mujer que influyan en su salud mental.

8.2 Impacto en la salud física

Como se ha descrito con anterioridad, existen numerosos estudios que determinan cómo la violencia de pareja interfiere en la salud mental de las mujeres. Sin embargo se dispone de menos estudios que relacionan el efecto de la violencia de pareja con la salud física. El tipo de violencia medido en la mayoría de los estudios es la violencia física, en menor medida se ha evaluado también la violencia sexual y sólo dos estudios han determinado el impacto de la violencia psicológica (Follingstad et al, 1991; Nedd, 2000).

Las medidas de salud física han sido operativizadas en las diferentes investigaciones del siguiente modo: percepción general de salud, percepción de síntomas físicos, diagnóstico de enfermedades y utilización de los servicios de salud. En general, la estrategia seguida para la obtención de las diferentes variables de salud ha sido a través de autoinformes de las mujeres implicadas en una relación violenta, aunque también hay estudios que han utilizado los registros médicos de mujeres identificadas previamente como maltratadas por su pareja (Bergman et al, 1987; Bergman & Brismar, 1991; Helweg-Larsen & Kruse, 2003).

Los resultados de los estudios indican que, cualquiera que haya sido el indicador de salud física utilizado, la salud física de las mujeres maltratadas es peor que la de las mujeres con una relación de pareja sin violencia.

Los estudios que han determinado el impacto de la violencia física sobre la salud física han encontrado que las mujeres maltratadas consideran que su salud es peor que otras personas a su misma edad (Lown & Vega, 2001). Además, se ha encontrado que la violencia física está asociada con padecer diferentes síntomas físicos (Jaffe et al, 1986, Eby et al, 1995). Por ejemplo, las mujeres maltratadas físicamente presentan una mayor incidencia de dolor al orinar, dificultades respiratorias, parálisis, retención urinaria,

menstruación dolorosa (Lown & Vega, 2001), tensión muscular, dolor, dificultades de concentración (Bergman et al, 1987) y pesadillas (Brokaw, 2002). Además, se ha encontrado que la violencia física está asociada con una mayor probabilidad de padecer ataques cardíacos (Lown & Vega, 2001) y enfermedades de transmisión sexual (Brokaw et al, 2002). Finalmente, las mujeres maltratadas físicamente utilizan con mayor frecuencia los servicios de salud (Bergman & Brismar, 1991; Brokaw et al, 2002; Helweg-Larsen & Kruse, 2003).

De manera similar, diferentes estudios predictivos han encontrado que la violencia física tiene una relación directa con una peor percepción de la salud física global (Lown & Vega, 2001) así como con una mayor cantidad de síntomas físicos (Follingstad et al, 1991). Concretamente la violencia física aumenta la probabilidad de padecer dolor al orinar, dificultades respiratorias, dolor en el pecho, amnesia, problemas al caminar, parálisis, retención urinaria, menstruación dolorosa, menstruación irregular, sangrado vaginal excesivo (Lown & Vega, 2001) y pesadillas (Brokaw et al, 2002). Finalmente, un estudio encontró que la cantidad de lesiones físicas producidas a las mujeres predice una mayor gravedad en los síntomas físicos experimentados (Follingstad et al, 1991).

Como se ha descrito con anterioridad, la violencia psicológica es la menos estudiada en cuanto a su efecto sobre la salud física, sin embargo, un estudio encontró que la frecuencia de la violencia psicológica predice la gravedad de los síntomas físicos percibidos (Follingstad et al, 1991). En otro estudio, se encontró que dicha violencia está asociada con padecer molestias gastrointestinales en mujeres con niveles altos de depresión (Nedd, 2000).

Finalmente, con respecto a la violencia sexual los estudios han encontrado que aumenta la probabilidad de percibir peor la salud física (Plitcha & Falik, 2001) y está asociada con padecer diferentes síntomas físicos (Eby et al, 1995). Con respecto al aparato reproductor, dicho estudio, encontró una relación entre la violencia sexual y síntomas como: dolor pélvico, sangrado vaginal, ausencia de períodos menstruales, dolor al realizar el coito, dolor al orinar y sangrado anal (Eby et al, 1995). Además, la violencia sexual se ha relacionado con una mayor incidencia de presentar enfermedades que requieren tratamiento (Plitcha & Falik, 2001), así como con dos diagnósticos ginecológicos: infecciones de vejiga e infertilidad (Eby et al, 1995). Por último, la

violencia sexual aumenta la probabilidad de utilizar los servicios de salud (Plitcha & Falik, 2001).

En general, los resultados obtenidos hasta la actualidad indican que cualquiera que sea el tipo de violencia experimentada por las mujeres, ésta va a tener un impacto negativo en la percepción de su salud física general. Por otra parte, se ha visto que tanto la violencia física como la sexual están asociadas a diferentes síntomas físicos y enfermedades, así como a una mayor utilización de los servicios de salud. Los estudios existentes indican que la violencia física tiene un efecto general sobre la percepción de síntomas corporales, mientras que la violencia sexual parece que está asociado a un aumento de diferentes síntomas de tipo ginecológico. Sin embargo, los estudios que valoran la salud física son todavía escasos y no se dispone de datos concluyentes, siendo necesarios más estudios, especialmente que determinen el impacto de la violencia psicológica.

8.3 Impacto en los sistemas fisiológicos

El impacto de la violencia de pareja sobre los sistemas fisiológicos de las mujeres está relativamente poco investigado. Los estudios disponibles han determinado el funcionamiento del eje HHA a través de los niveles de cortisol (Seedat, Stein, Kennedy & Hauger, 2003; Pico-Alfonso, García-Linares, Celda-Navarro, Herbert & Martinez, 2004) y el funcionamiento inmunológico a través de los niveles de linfocitos T (Constantino, Sekula, Rabin & Stone, 2000). También se han determinado otras funciones fisiológicas como el nivel de hemoglobina y microcitos (Brockaw et al, 2002), así como el tamaño de diferentes regiones cerebrales (Fennema-Notestine, Stein, Kennedy, Archibald & Jernigan, 2002).

En general, los estudios realizados indican cambios en los índices fisiológicos en las mujeres víctimas de violencia de pareja. Con respecto al funcionamiento del HHA, los resultados encontrados son contradictorios, uno de ellos encontró que los niveles de cortisol fueron más bajos en las mujeres con maltrato físico y sexual que en las mujeres sin maltrato (Seedat et al, 2003), mientras que otro encontró unos niveles elevados de cortisol y de la hormona dihidroepiandrosterona (DHEA) (Pico-Alfonso et al, 2004). Discrepancia posiblemente relacionada con diferencias metodológicas. Con respecto a

la actividad inmunológica asociada a los linfocitos T, se encontró un menor funcionamiento de los mismos en las mujeres maltratadas físicamente (Constantino et al, 2000). En cuanto a los niveles de hemoglobina y microcitosis un estudio encontró niveles más bajos de ambos parámetros en las mujeres maltratadas físicamente (Brokaw et al, 2000). Finalmente, el estudio sobre el tamaño de diferentes áreas cerebrales encontró una disminución de la sustancia gris en los lóbulos frontal y occipital y un tamaño menor del techo craneal supratentorial (Fennema-Notestine et al, 2002).

La revisión realizada, en los últimos tres apartados, de los diferentes estudios que valoran el impacto de la violencia de pareja en la salud de las mujeres ha permitido constatar que los resultados de este cuerpo de estudios son heterogéneos debido principalmente a la utilización de diferentes instrumentos para valorar la violencia, así como al enfoque en un determinado tipo obviando otras experiencias de violencia que pueden estar igualmente afectando la salud de la mujer. Ambas razones hacen difícil que se puedan integrar el avance en el conocimiento que aportan cada uno de estos estudios y que la situación actual sea un tanto confusa.

9. Papel modulador de las estrategias de afrontamiento sobre el impacto de la violencia de pareja en la salud

El afrontamiento es un concepto relativamente antiguo en el campo de la medicina, sin embargo, sólo recientemente ha sido introducido como un elemento en los modelos que representan el funcionamiento humano, siendo considerado como un factor más que puede modular la salud. Existen distintas teorías que describen qué es el afrontamiento, por ejemplo, el grupo de Lazarus y colaboradores definen el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus R & Folkman, 1984). Desde su modelo, estos autores describen dos estrategias fundamentales: el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción. Ambos tipos de estrategias comparten la característica de ser métodos activos de afrontamiento, ya sea a nivel cognitivo o a nivel conductual. Por otro lado, Billings y Moos aportan una tercera estrategia de afrontamiento: la evitación, definida como los intentos para evitar la confrontación activa con un problema o la

realización de conductas distractoras para reducir indirectamente la tensión emocional (Billings & Moos, 1980).

Los estudios que valoran el efecto del afrontamiento sobre el impacto del estrés en la salud han encontrado que, en individuos sometidos a eventos negativos, la evitación se relaciona con niveles de depresión, ansiedad y síntomas físicos (Billings & Moos, 1980). En un estudio en el que se evaluó las estrategias de afrontamiento en adolescentes se encontró que tanto las estrategias basadas en el problema como en la emoción estaban relacionadas con niveles bajos de depresión (Ogul & Gencoz, 2003). Otro estudio encontró que la utilización de ambos tipos de estrategias en estudiantes se relacionó con un menor deterioro de la salud física (Park & Adler, 2003). Finalmente, un estudio que valoró el efecto del estrés percibido en el funcionamiento inmunológico encontró que niveles altos de estrés se asociaron con una mayor proliferación de linfocitos T en sujetos que utilizaron tanto niveles altos de afrontamiento activo como pasivo en respuesta a diferentes antígenos (Stowell, Kiecolt-Glaser & Glaser, 2001)

Las estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia de pareja ha sido un área relativamente poco estudiada. Uno de los estudios existentes encontró que niveles altos de violencia estuvieron asociados a una baja autoestima y a mayor sintomatología depresiva cuanto mayor fue la utilización de la estrategia afrontamiento de evitación (Mitchell & Hodson, 1983). En otro estudio sobre el efecto de la violencia física se encontró que el afrontamiento dirigido al problema estaba asociado con síntomas de depresión y tep cuando el apoyo social fue bajo (Kocot & Goodman, 2003). Con respecto al efecto de la violencia psicológica, un estudio encontró una asociación entre el afrontamiento basado en la emoción y síntomas de tep (Arias & Pape, 1999). Finalmente, otro estudio encontró que utilizar estrategias dirigidas al problema atenuaba la violencia de pareja (McNamara, Ertl & Neufeld, 1998).

Los resultados indican, en general, que adoptar estrategias activas de afrontamiento, como son las basadas en el problema o en la emoción, promueven un estado de salud alto. Por el contrario, la estrategia de evitación se ha asociado con un nivel de salud bajo. Debido a que la mayoría de los estudios existentes sobre estrés y afrontamiento en mujeres víctimas de violencia de pareja se han centrado en valorar

aspectos de la salud mental, son necesarios estudios que informen sobre el efecto del afrontamiento en la salud física.

II. ESTUDIO DE CAMPO

1. Objetivos e hipótesis

Los objetivos planteados en la presente investigación fueron los siguientes:

- a) Determinar el impacto de la violencia de pareja en la aparición de síntomas físicos y enfermedades, y en el funcionamiento del sistema inmunológico de las mujeres.
- b) Distinguir el efecto de los diferentes tipos de violencia por la pareja: psicológica, física y sexual en la aparición de síntomas físicos y enfermedades, y en el funcionamiento del sistema inmunológico de las mujeres.
- c) Estudiar el posible papel modulador de los estilos de afrontamiento en la sintomatología física y enfermedades, así como en el funcionamiento inmunológico.

Las hipótesis planteadas en la presente investigación fueron las siguientes:

1. Las mujeres maltratadas presentarán mayor cantidad de síntomas físicos, enfermedades y peor funcionamiento del sistema inmunológico que las mujeres sin maltrato.
2. Las mujeres maltratadas psicológica y físicamente presentarán mayor cantidad de síntomas físicos, enfermedades y un peor funcionamiento del sistema inmunológico que las mujeres maltratadas psicológicamente.
3. Las mujeres que hayan sido sexualmente maltratadas presentarán mayor cantidad de síntomas físicos, enfermedades y un peor funcionamiento del sistema inmunológico que las que no lo han sido.
4. Un afrontamiento activo de la violencia de pareja estará relacionado con una menor percepción de síntomas físicos y con menos enfermedades, así mismo con un mejor funcionamiento del sistema inmunológico.

2. Material y métodos

2.1 Participantes

Este estudio es parte de una investigación más amplia, que fue llevada a cabo en la Comunidad Valenciana en los años 2000–2002, y en la que participaron 130 mujeres que habían sufrido diferentes tipos de violencia de pareja y 52 mujeres con una relación de pareja sin violencia.

El contacto con las mujeres maltratadas se realizó a través de los Centros Mujer 24 horas de Valencia, Castellón y Alicante. Las Psicólogas y Trabajadoras Sociales de dichos centros informaron a las mujeres de la presente investigación y de la posibilidad de formar parte de ella de manera voluntaria. Aquellas mujeres que accedieron a participar fueron citadas posteriormente e informadas con mayor detalle sobre las características de la misma: finalidad, duración de las entrevistas, tipo de preguntas y procedimiento para la recogida de las muestras biológicas. Las mujeres que finalmente decidieron participar cumplimentaron y firmaron un impreso de consentimiento. Tras ello, las mujeres fueron citadas una vez por semana y entrevistadas durante 1-2 horas hasta finalizar el protocolo. En general, las mujeres fueron entrevistadas entre tres y seis veces.

El contacto con las mujeres que no habían sufrido violencia por su pareja fue establecido a través de diferentes asociaciones de mujeres de las tres ciudades. Las mujeres que acudían a tales asociaciones fueron igualmente informadas sobre las características de la investigación y, tras firmar el impreso de consentimiento, fueron entrevistadas en la propia asociación o en su domicilio en sucesivas ocasiones hasta finalizar el protocolo.

2.2 Medidas

A) Datos demográficos de la mujer:

Se elaboró un cuestionario con la finalidad de recoger los siguientes datos de las mujeres:

1. Edad
2. Nivel de educación
3. Estado civil
4. Ocupación
5. Tipo de familia
6. Número de hijos
7. Número de hijos viviendo con la mujer

Todas estas preguntas tuvieron diferentes niveles de respuesta en función de la amplitud de la pregunta. Se detalla dicha información en la Tabla 1.

Tabla 1. Datos demográficos de las mujeres que participaron en el estudio

1. Edad	4. Ocupación
2. Nivel de educación	Autoempleo
Sin estudios	Trabajo fijo
Lee y escribe	Trabajo temporal
Certificado escolar	Desempleada con subsidio
Graduado escolar	Desempleada sin subsidio
Estudios Secundarios	Ama de casa
Estudios universitarios: diplomatura	Trabajo sumergido
Estudios universitarios: licenciatura	Pensionista
3. Estado civil	Otros empleos
Soltera con pareja	5. Tipo de familia
Soltera sin pareja	Nuclear
Casada	Extensa
Viuda	Plurinuclear
Separada o divorciada	Monoparental
	Nido vacío
	Vive sola
6. Número de hijos por mujer	7. Número de hijos viviendo con la mujer

B) Relación de la mujer con el maltratador/pareja:

Este cuestionario fue creado para la presente investigación y fueron recogidos los siguientes datos:

1. Edad de la mujer cuando comenzó la relación de pareja
2. Duración de la convivencia

3. Relación actual con el maltratador/pareja
4. Separaciones temporales del maltratador/pareja
5. Dependencia económica de la mujer del maltratador/pareja
6. Denuncias por violencia de pareja

En la Tabla 2 se detalla dicha información, junto a las categorías de respuesta.

Tabla 2. Relación de la mujer con el maltratador/pareja

1. Edad de la mujer cuando comenzó la relación de pareja	
2. Duración de la convivencia	
Menos de 1 año	
1-3 años	
3-5 años	
5-10 años	
Más de 10 años	
3. Relación actual con la pareja	
Marido	
Ex-marido	
Pareja de hecho	
Ex-pareja de hecho	
Viuda	
4. Separaciones temporales de la pareja	Si/No
5. Dependencia económica de la pareja	Si/No
6. Denuncias por violencia de pareja	Si/No

C) Características de los tipos de violencia:

Se crearon tres cuestionarios de violencia independientes para medir la violencia psicológica, física y sexual a la que habían estado expuestas las mujeres. El esquema de cada cuestionario fue el siguiente:

1. Meses de relación hasta el inicio de la violencia (psicológica y física)
2. Inicio de la violencia durante la convivencia (psicológica y física)
3. Relación del inicio de la violencia con alguna circunstancia externa
4. Actos violentos. Se detallan en las Tablas 4, 5 y 6
5. Medios coercitivos empleados (sólo violencia física). Se detallan en la Tabla 5
6. Duración de la violencia
7. Frecuencia de la violencia
8. Regularidad de la violencia

9. Predicción por parte de la mujer de cuándo va a ser maltratada (violencia física y sexual)
10. Existencia de violencia durante el embarazo (sólo violencia física)
11. Existencia de violencia durante el último año
12. Existencia de violencia después de la separación
13. Sentimiento por parte de la mujer de que su vida está en peligro (violencia física y sexual)

Tabla 4. Actos de violencia psicológica

Insultos
Menosprecios
Aislamiento
Bloqueo en la toma de decisiones
Abandono económico
Persecución y acoso
Amenazas de muerte a la mujer y su familia
Amenazas sobre la custodia de los niños
Llamadas telefónicas intimidatorias o vejatorias
Chantaje económico
Chantaje emocional

Tabla 5. Actos de violencia física y medios coercitivos empleados durante la misma

Puñetazos	<u>Medios coercitivos</u>
Patadas	Ninguno
Bofetadas	Armas blancas (cuchillos, puñales, tijeras...)
Empujones	Armas de fuego
Mordiscos	Lanzamiento de objetos
Estrangulamientos	

Con la información obtenida en cada uno de los cuestionarios de violencia, se llevó a cabo un análisis de componentes principales, utilizando el método de extracción varimax, para determinar la estructura subyacente de las diferentes variables de violencia. Como se ha mencionado anteriormente, este trabajo forma parte de una investigación más amplia en la que también se recogieron datos referentes a otras experiencias de violencia psicológica, física y sexual en la infancia y en la vida adulta.

Tabla 6. Actos de violencia sexual

Sexo genital con penetración forzada
Sexo anal
Sexo oral (de ella hacia él)
Sexo oral (de él hacia ella)
Objetos insertados en vagina o ano
Forzada a tener sexo después de ser golpeada
Forzada a tener sexo después de venir del hospital
Forzada a tener sexo después de haber salido él de la prisión
Obligada a tener sexo homosexual
Obligada a tener sexo con animales
Obligada a prostituirse
Obligada a tener sexo en público
Mordiscos durante la relación sexual
Patadas o golpes durante la relación sexual
Bofetadas o golpes durante la relación sexual
Amenazas con golpearla por rechazar el sexo
Amenazas con golpear a los niños por rechazar el sexo
Amenazas con cuchillos, pistolas u otros objetos usados como medios coercitivos
Uso de películas, fotografías pornográficas
Implicación de niños en actos sexuales
Presencia de niños durante los ataques sexuales

Para dicho análisis se utilizaron las siguientes variables de violencia por la pareja, violencia en la infancia y violencia en la vida adulta: Cantidad de actos cometidos (violencia psicológica, física y sexual), medios coercitivos (violencia física), frecuencia y duración de la violencia. Tras el análisis se obtuvieron 8 componentes con valor propio igual o superior a 1 que explicaron el 83,9% de la varianza total. Las saturaciones de los ítems en cada componente fueron superiores a 0,6. La estructura subyacente encontrada estuvo formada por los siguientes componentes: violencia física y psicológica infantil, violencia sexual infantil, violencia física adulta, violencia psicológica adulta, violencia sexual adulta, violencia física por la pareja, violencia psicológica por la pareja y violencia sexual por la pareja. Para la elaboración de los resultados de este trabajo se utilizó la puntuación factorial de los componentes referidos a la violencia psicológica, física y sexual por la pareja.

D) Cuestionario de Salud Física:

La salud física fue operativizada a través de las siguientes variables:

- 1) Percepción por parte mujer de 35 síntomas corporales, durante el último año, pertenecientes a 9 sistemas corporales. La pregunta realizada para cada síntoma fue: ¿En el último año has padecido de manera frecuente ...? El listado de síntomas se detallan en la Tabla 7. Para determinar la presencia de síntomas ginecológicos se recogió, además, la siguiente información sobre las mujeres con relación al último año: menopausia, histerectomías, utilización de anticonceptivos orales, embarazos, utilización de dispositivos intrauterinos (DIU) y ausencia de relaciones sexuales.

Tabla 7. Síntomas corporales percibidos por las mujeres durante el último año

<p>1. Sistema Nervioso Dolor de cabeza Mareos Entumecimiento Temblor de manos Zumbido en los oídos Vértigos Visión borrosa Pesadillas</p>	<p>2. Sistema Muscular Falta de fuerza Fatiga Calambres Dolores musculares Dolor de espalda</p>
<p>3. Aparato Ginecológico Faltas prolongadas de menstruación Dolores menstruales Sangrado vaginal Dolores vaginales Dolor al realizar el coito Dolor pélvico</p>	<p>4. Aparato Digestivo Nauseas Vómitos Ardores Dolor de estómago Diarrea Estreñimiento Gases Sangrado anal</p>
<p>5. Aparato Urinario Pérdidas de orina</p>	<p>6. Aparato Circulatorio Dolor en el corazón o el pecho Palpitaciones</p>
<p>7. Aparato Respiratorio Respiración dificultosa</p>	
<p>8. Piel Picores Erupciones</p>	<p>9. Sistema Endocrino Cambios en el peso corporal Cambios en el apetito</p>

- 2) Información sobre 17 enfermedades. Se detallan en la Tabla 8
- 3) Información sobre intervenciones quirúrgicas, utilización de los servicios de urgencia por agresión y por otros motivos, y visitas a los servicios de atención primaria y a especialidades médicas.

Tabla 8. Enfermedades sobre las que las mujeres informan haber padecido durante el último año

1. Aparato Ginecológico
Infertilidad
Infecciones genitales
Infecciones de transmisión sexual
2. Aparato Urinario
Infecciones de orina
3. Aparato Digestivo
Úlceras
Intestino irritable
Gastritis
Hemorroides
4. Aparato Circulatorio
Arritmia
Hipertensión
Hipotensión
5. Aparato Respiratorio
Asma
Bronquitis
6. Piel
Eczemas
Psoriasis
7. Sistema Endocrino
Diabetes mellitus
8. Otras enfermedades
Alergia

E) Estrategias de Afrontamiento:

Se utilizó la Escala de Estrategias de Coping-Revisada (EEC-R), publicada en Sandín B. (1999). La EEC-R es de elaboración empírica mediante un análisis factorial a partir de una escala anterior, la EEC, desarrollada por Chorot y Sandín en 1987. La construcción de la escala original se llevó a cabo según criterios teórico-rationales y tomando como base el cuestionario de Lazarus y Folkman y los trabajos sobre evaluación del afrontamiento de Moos y Billings. Aunque aún no se ha publicado ningún trabajo que haya replicado la validez factorial de la EEC-R, esta escala ha resultado eficaz para diferenciar a los sujetos normales de los pacientes con enfermedades orgánicas (Vinanccia, Tobón, Martínez-Sánchez & Sandín, 2001). La EEC-R está formada por 54 ítems agrupados en 9 subescalas que se denominan del siguiente modo: 1) Focalización en la situación o problema, 2) Autofocalización negativa, 3) Autocontrol, 4) Reestructuración cognitiva, 5) Evitación 6) Expresión

emocional abierta, 7) Búsqueda de apoyo social, 8) Religión, 9) Búsqueda de apoyo profesional. A cada subescala se responde en una escala tipo Likert de cinco puntos que va de 1 (Nunca) a 5 (Casi siempre).

Para la cumplimentación del test se pide al sujeto que piense en un problema importante que le haya sucedido recientemente y que conteste a cada pregunta indicando en qué medida refleja sus reacciones al problema. Para los fines de nuestra investigación dicha instrucción inicial fue modificada pidiendo a las mujeres que contestaran cada pregunta en función de su comportamiento habitual ante las situaciones de maltrato por parte de su pareja. Las mujeres no maltratadas contestaron el test valorando su comportamiento habitual ante problemas relacionados con su pareja.

Para la elaboración de los resultados de este trabajo se eligieron las siguientes escalas del cuestionario de estrategias de afrontamiento: reestructuración cognitiva, evitación y expresión emocional abierta.

F) Otros datos:

Con la finalidad de controlar el impacto que otros factores hayan podido tener sobre las variables dependientes estudiadas en esta investigación, se preguntó a las mujeres sobre los siguientes aspectos:

1. Niveles actuales de depresión.

Se utilizó el Beck Depression Inventory (BDI) (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) que valora síntomas de depresión.

2. Estrés percibido.

Se recogieron datos referentes a sucesos estresantes ocurridos durante el último año a la mujer. El formato de las preguntas de descripción del acontecimiento fue abierto. Se tuvo en cuenta que las mujeres describieran sucesos diferentes a su experiencia de violencia de pareja. Para operativizar la variable se obtuvo un sumatorio de la valoración subjetiva del esfuerzo en adaptarse al cambio de cada suceso estresante, a través de una escala tipo

Likert con cuatro niveles de respuesta: 0-nada, 1-poco, 2-moderado y 3-mucho.

3. Ingesta de fármacos durante el último año.

Se obtuvo información a cerca de la ingesta de ansiolíticos, antidepresivos e hipnóticos durante el último año y durante el tiempo que duró la investigación.

4. Ingesta de otras sustancias durante el último año.

Se obtuvo información sobre el consumo de tabaco durante el último año y durante el tiempo que duró la investigación.

G) Medidas biológicas:

Se recogieron muestras de saliva de las mujeres para determinar el funcionamiento inmunológico a través de tres parámetros: Neutralización del virus Hs-1, cantidad de IgA específica para el virus Hs-1 (IgA Hs-1) y cantidad total de IgA (IgA total). A continuación se detalla el procedimiento de obtención y recogida de las muestras de saliva:

1. Entrega de material a las mujeres:

Para la obtención de las muestras de saliva se entregó a las mujeres un total de seis tubos cilíndricos de 14,22 cm³: 4 para que depositaran las muestras de saliva y 2 en caso de que fuera necesario repetir alguna muestra (Figura 2). Toda la información necesaria sobre la obtención de las muestras fue entregada por escrito a la mujer junto con los tubos, un bolso térmico y unos soportes congelables, para el transporte de las muestras a una temperatura óptima. Véase Apéndice 1, página 153.

2. Modo de depositar la saliva por parte de las mujeres:

Se indicó a las mujeres las condiciones óptimas de recogida de la muestra que consistían en: a) tener la boca completamente limpia, b) evitar restos de dentífrico en la misma, y c) evitar el sangrado de las encías en el momento de depositar la saliva.

Las muestras de saliva fueron depositadas en los tubos por las mujeres siguiendo este protocolo:

Día 1: correspondiente al 8º día desde el inicio de la menstruación.

Día 2: catorce días después a la recogida de la primera muestra.

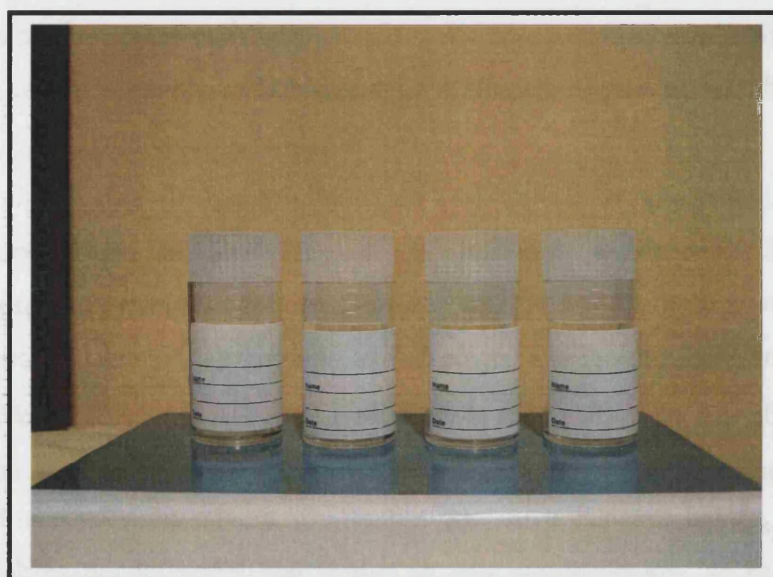


Figura 2

Cada día se obtuvieron dos muestras de saliva: una por la mañana entre las 8:00 y las 9:00 horas y otra por la tarde entre las 20:00 y las 21:00 horas. Además, las mujeres escribían en cada una de las etiquetas de los tubos la siguiente información: nombre y apellidos, fecha, hora del día y tiempo en minutos que tardaron en llenarlo (Figura 2). Véase apéndice 2, página 154.

3. Conservación y transporte de los tubos:

Una vez depositada la saliva en cada uno de los tubos, éstos fueron guardados en el congelador por la mujer, donde permanecían hasta su entrega a la investigadora durante la siguiente entrevista. Después fueron transportados y conservados a una temperatura de -21°C en el laboratorio de Psicobiología de la Facultad de

Psicología. Finalmente, fueron enviados al Harlow Center for Biological Psychology, University of Wisconsin-Madison, USA, para su análisis.

2.3. Análisis inmunológico

Las muestras biológicas fueron mantenidas a -60°C en el laboratorio hasta su análisis. Tras la descongelación de las muestras los tubos fueron pesados para calcular su volumen y poder estimar la velocidad de salivación de las mujeres. A continuación, se procedió al análisis inmunológico seleccionando de cada mujer 2 ml (alícuotas) de las muestras de la mañana y de la tarde de cada día y fueron mezcladas. A continuación se esterilizaron las alícuotas diluyendo la saliva en una proporción de 1:1 con PB con un tampón fosfato diluido en suero salino (PBS) y pasándolas a través de un filtro multiporoso esterilizante (0,45 micron, Gelman Sciences). Esta preparación generó dos replicas diarias de saliva de cada mujer con similar viscosidad y libres de partículas, que fueron utilizadas para los tres análisis inmunológicos.

1. Neutralización del virus Hs-1

La capacidad de neutralización fue determinada por diluciones en series (1/2, 1/4...a 1/32) de cada muestra. Se comprobó la capacidad de la saliva para inhibir la formación de placas inducidas por el virus Hs-1. El protocolo seguido se detalla a continuación:

- 1) 5×10^5 de células Vero (una línea de células epiteliales sensibles al virus Hs-1 derivadas de riñón de mono) fueron cultivadas en 2 ml de DMEM (Dulbecco's Minimal Essential Media) con 5% de suero bovino fetal.
- 2) Se creó una monocapa añadiendo 200 μl del compuesto anterior en cada uno de los 24 pocillos de una placa.
- 3) Las soluciones iniciales de Hs-1 almacenadas de 10^8 dosis/ml de tejido infeccioso fueron diluidas para generar 100 dosis de tejido infeccioso por 100 μl , y fueron combinadas con un volumen igual de saliva diluida (100 μl).
- 4) Después de 1 hora de incubación, la mezcla fue añadida a los pocillos con células Vero.
- 5) Estas placas con saliva diluida de 1:2 a 1:32 fueron incubadas a 37°C con un 5% de CO_2 .

Los efectos citopatológicos (ECP) fueron medidos a las 24, 48 y 72 horas. El punto final de la capacidad de neutralización, definido como la saliva más diluida que previene el ECP (deformación celular) fue utilizado como un indicador de la inhibición del virus. En cada análisis se incluyeron algunos pocillos, consistiendo en monocapas de células con Hs-1 sólo o con el medio.

2. IgA Hs-1

Se utilizó un ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) para determinar los anticuerpos específicos en la saliva contra el virus Hs-1. El protocolo seguido fue el siguiente:

- 1) Diferentes placas fueron cubiertas con el virus Hs-1 [cepa F inactivada, American Type Culture Collection (ATCC)] (Wampole Laboratories, Cranbury, NJ), el cual sirvió para ligar anticuerpos para Hs-1 en la saliva.
- 2) El compuesto reaccionó con anticuerpo de cabra anti-IgA humana.
- 3) Tras la adición de sustrato de alcalina fosfatasa (Sigma St. Louis, MO), la reacción de color se detuvo a los 30 minutos con hidróxido de sodio y siendo a continuación leída con un lector de placa de ELISA a 405 nm.

3. IgA total

Los niveles de IgA total fueron también cuantificados con la técnica ELISA. A continuación se detalla el protocolo seguido:

- 1) Diferentes placas (Costar) fueron cubiertas durante la noche con 10 µg/ml de anticuerpo anti-IgA humano monoclonal (Sigma).
- 2) Se añadieron las muestras de saliva diluidas a 1:5000 y fueron analizadas por duplicado.
- 3) Después de 2 horas de incubación, los soportes fueron lavados 3 veces y se añadió el anticuerpo de cabra anti-IgA humana y fosfato alcalino.
- 4) Tras dos horas de incubación y tras un lavado, se añadió sustrato soluble rápido de fosfato alcalino (p-Nitrophenyl phosphate, Sigma). Esta reacción se interrumpió a los 30 minutos, y el color generado se cuantificó con el lector Dynatech. Las concentraciones de IgA total fueron calibradas con respecto a la curva normal generada con IgA humana purificada procedente de calostro (Sigma).

2.4 Análisis estadístico

Se creó una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS 10.0. Tras la introducción de los datos, y como paso previo al análisis de los mismos se procedió a la agrupación de las mujeres, siendo distribuidas en dos grupos en función de haber sido maltratadas o no por la pareja. Tras la determinación del tipo de violencia sufrida, las mujeres maltratadas fueron de nuevo distribuidas en dos grupos en función de haber sufrido violencia física o no por la pareja. De manera que la muestra de mujeres quedó agrupada de la siguiente manera: mujeres sin maltrato, mujeres maltratadas psicológicamente y mujeres maltratadas física y psicológicamente. Tras ello, se llevaron a cabo los análisis de los siguientes bloques de datos:

1. Análisis de los datos demográficos:

Se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) para las variables: edad, número de hijos y número de hijos viviendo con la mujer y un análisis de tablas de contingencia con la prueba χ^2 de Pearson para las variables: nivel de educación, ocupación, estado civil y tipo de familia. Este último análisis pone a prueba la hipótesis de independencia de variables, si la frecuencia encontrada no es significativamente diferente a la frecuencia esperada por azar se puede concluir que ambas variables no están relacionadas.

2. Relación de la mujer con el maltratador/pareja:

Se llevó a cabo un análisis de varianza (ANOVA) para la edad de la mujer cuando inició la relación de pareja; un análisis de tablas de contingencia para las variables: duración de la convivencia, relación actual con el maltratador/pareja, separaciones temporales del maltratador/pareja y dependencia económica del maltratador/pareja.

Sólo con los grupos de maltrato se llevaron a cabo análisis de tablas de contingencia para denuncias por maltrato.

3. Características de los tipos de violencia:

Se llevaron a cabo análisis de tablas de contingencia para los siguientes datos referentes a la violencia psicológica y sexual: meses de relación hasta el inicio de la violencia (sólo violencia psicológica), inicio de la violencia unido a una circunstancia externa, duración, frecuencia, regularidad de la violencia, violencia durante el último año, predictibilidad de la violencia sexual, sentir que la vida está en peligro durante la violencia sexual y violencia sexual después de la separación; una prueba *t* de Student para el sumatorio de actos violentos psicológicos y sexuales y tablas de frecuencia para los datos referentes a la violencia física.

4. Hipótesis:

Hipótesis 1, 2 y 3:

Con las mujeres distribuidas en tres grupos se llevó a cabo un ANOVA para las variables: cantidad de síntomas físicos percibidos, cantidad de enfermedades, capacidad de neutralización del virus Hs-1, niveles de IgA Hs-1 y de IgA total. Con los dos grupos de mujeres maltratadas se utilizó la prueba *t* de Student para comprobar la concomitancia del maltrato sexual sobre la cantidad de síntomas físicos. Además, se llevaron a cabo análisis de tablas de contingencia para la percepción de cada síntoma corporal y el diagnóstico de cada enfermedad. Esta misma prueba fue utilizada para comprobar la asociación entre la violencia sexual y la percepción de síntomas físicos. Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión jerárquica con las puntuaciones factoriales de cada tipo de violencia para comprobar su efecto en las siguientes variables: cantidad de síntomas físicos percibidos, cantidad de enfermedades, capacidad de neutralización del virus Hs-1, niveles de IgA Hs-1 y de IgA total. Las variables fueron introducidas del siguiente modo: Paso 1: variables control; Paso 2: violencia psicológica, violencia física y violencia sexual por la pareja.

Para cada variable dependiente se utilizaron las siguientes variables control:

- a. Percepción de síntomas corporales: edad, ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos, tabaco, nivel de depresión y estrés percibido.
- b. Enfermedades: edad.
- c. Medidas inmunológicas: edad, ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos, tabaco, nivel de depresión y estrés percibido.

Hipótesis 4:

Se llevó a cabo un análisis de regresión jerárquica para comprobar el efecto modulador de las siguientes variables: reestructuración cognitiva, evitación y expresión emocional abierta.

Un esquema del modo en que fueron introducidas las variables fue el siguiente: Paso 1: variables control; Paso 2: predictor; Paso 3: modulador; Paso 4: producto del predictor por el modulador.

3. Resultados

Un total de 182 mujeres participó en el estudio, siendo distribuidas en dos grupos en función de la presencia de violencia de pareja contra la mujer durante la convivencia: a) Mujeres maltratadas y b) Mujeres no maltratadas. El grupo sin maltrato estuvo formado por 52 mujeres que convivían con sus parejas y nunca habían sufrido violencia por ellas o por alguna relación anterior. El grupo de maltrato estuvo formado por 130 mujeres que habían sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja. Puesto que el 100% de las mujeres fueron psicológicamente maltratadas por sus parejas, el criterio para distribuir a las mujeres en grupos de maltrato fue la existencia de violencia física: a) Mujeres maltratadas psicológicamente (n=55) y b) Mujeres maltratadas físicamente (n=75). Por otra parte, en ambos grupos de maltrato algunas mujeres fueron víctimas de violencia sexual por sus parejas: 16,4% de las psicológicamente maltratadas y el 32% de las físicamente maltratadas.

3.1. Datos demográficos de las mujeres maltratadas y no maltratadas

Se llevaron a cabo comparaciones entre los grupos y las diferentes variables demográficas habiéndose encontrado los siguientes resultados (véase Tabla 1):

3.1.1. Edad

La edad media de las mujeres sin maltrato fue de 46,6 (DT=12,4), de las mujeres maltratadas psicológicamente fue de 43,9 (DT=10,7) y la de las mujeres maltratadas físicamente de 42,5 (DT=11,0), no existiendo diferencias significativas entre los grupos [$F(2,179)=2,03$; $p=0,13$].

3.1.2. Nivel de educación

Las mujeres de la muestra se distribuyeron en casi todos los niveles educativos registrados. El nivel educativo del 75% de las mujeres sin maltrato, del 65,5% de las mujeres maltratadas psicológicamente y del 56% de las mujeres maltratadas físicamente se situó entre graduado escolar y estudios secundarios. La mediana del nivel educativo para los tres grupos fue graduado escolar. La cantidad de mujeres en los niveles

Tabla 1. Datos demográficos de las mujeres maltratadas y de las no maltratadas por sus parejas

Variable	Mujeres sin maltrato (n=52)	Mujeres maltratadas psicológicamente (n=55)	Mujeres maltratadas físicamente (n=75)	Estadísticos
Edad (Media y DT)	46,6±12,4	43,9±10,7	42,5±11,0	F(2,179)=2,03; ns
Nivel de educación (% de mujeres)				$\chi^2(12, N=182)=9,06; ns$
Sin estudios	0	1,8	1,3	
Lee y escribe	1,9	9,1	9,3	
Certificado escolar	15,4	18,2	25,3	
Graduado escolar	38,5	40	32	
Estudios Secundarios	36,5	25,5	24	
Estudios universitarios: diplomatura	3,8	3,6	2,7	
Estudios universitarios: licenciatura	3,8	1,8	5,3	
Ocupación (% de mujeres)				$\chi^2(16, N=182)=19,7; ns$
Autoempleo	3,8	3,6	4	
Trabajo fijo	15,4	16,4	17,3	
Trabajo temporal	9,6	9,1	17,3	
Desempleada con subsidio	3,8	1,8	5,3	
Desempleada sin subsidio	3,8	9,1	8	
Ama de casa	53,8	40	28	
Trabajo sumergido	3,8	10,9	18,7	
Pensionista	3,8	7,3	1,3	
Otras ocupaciones	1,9	1,8	0	
Estado civil (% de mujeres)				$\chi^2(8, N=182)=43,5; p<0,001$
Soltera con pareja	11,5	3,6	4	
Soltera sin pareja	0	7,3	8	
Casada	86,5	54,5	38,7	
Viuda	1,9	1,8	5,3	
Separada o divorciada	0	32,7	44	
Tipo de familia (% de mujeres)				$\chi^2(10, N=182)=40,8; p<0,001$
Nuclear	84,6	61,8	48	
Extensa	0	7,3	16	
Plurinuclear	0	3,6	4	
Monoparental	0	20	21,3	
Nido vacío	13,5	3,6	1,3	
Vive sola	1,9	3,6	9,3	
Número de hijos por mujer (media y DT)	1,85±1,13	2,20±1,18	2,08±1,34	F(2,179)=1,13; ns
Número de hijos viviendo con la mujer (media y DT)	1,19±1,01	1,63±1,04	1,19±0,89	F(2,179)=4,04; p< 0,02

educativos no fue significativamente diferente a la frecuencia esperada [$\chi^2(12, N=182)=9,06$; $p=0,7$]. Por tanto, no existió asociación entre violencia de pareja y nivel de educación de las mujeres.

3.1.3. Ocupación

Los porcentajes más altos encontrados en relación con la ocupación de las mujeres en cada uno de los grupos fueron los de ama de casa: 53,8% de las mujeres sin maltrato, 40% de las mujeres maltratadas psicológicamente, y el 28% de las mujeres maltratadas físicamente. Alrededor del 15% de las mujeres en ambos grupos de maltrato y sólo el 3,8% de las mujeres sin maltrato tuvieron trabajos sumergidos. Se encontraron porcentajes similares entre los grupos en trabajo fijo: 15,4% de las mujeres sin maltrato, el 16,4% de las mujeres maltratadas psicológicamente y el 17,3% de las maltratadas físicamente, no existiendo asociación entre violencia de pareja y la ocupación de la mujer [$\chi^2(16, N=182)=19,80$; $p=0,23$].

3.1.4. Estado civil

Sólo en los grupos de maltrato se encontraron mujeres separadas o divorciadas: el 32,7% de las mujeres psicológicamente maltratadas y el 44% de las físicamente maltratadas. El porcentaje de mujeres casadas se distribuyó de la siguiente forma entre los grupos: 86,5% de las mujeres no maltratadas, 54,5% de las mujeres maltratadas psicológicamente y 38,7% de las maltratadas físicamente. El número de mujeres sin maltrato casadas fue significativamente superior a la frecuencia esperada y la cantidad de mujeres maltratadas casadas fue significativamente inferior a la frecuencia esperada. Además, mientras ninguna mujer sin maltrato estaba separada o divorciada, la cantidad de mujeres maltratadas que lo estaban fue superior a la frecuencia esperada [$\chi^2(8, N=182)=43,53$; $p<0,001$]. La significación encontrada indica que existe una relación entre la violencia de pareja y el estado civil de las mujeres.

3.1.5. Tipo de familia

Las frecuencias más altas en los tres grupos respecto al tipo de familia en el que vivían las mujeres se dieron en la familia nuclear: 84,6% de las mujeres sin maltrato, 61,8% de las mujeres maltratadas psicológicamente y el 48% de las mujeres maltratadas físicamente. Además, fue en los grupos de maltrato donde más variabilidad se encontró respecto a esta variable: el 30,9% de las mujeres maltratadas vivían en una familia plurinuclear o con su familia extensa y el 41,3% formaban familias monoparentales. La cantidad de mujeres sin maltrato viviendo en una familia nuclear fue significativamente superior a la esperada. Además, la cantidad de mujeres maltratadas viviendo en una familia nuclear fue significativamente inferior a la esperada [$\chi^2(10, N=182)= 40,87$; $p<0,001$]. Esta significación indica que hay una relación entre la violencia de pareja y el tipo de familia en la que viven las mujeres.

3.1.6. Número de hijos por mujer

La media del número de hijos por mujer fue similar entre los grupos [$F(2,181)=1,14$; $p=0,32$]: en las mujeres no maltratadas fue de 1,85 (DT=1,13), en las mujeres psicológicamente maltratadas fue de 2,20 (DT=1,18) y en las mujeres físicamente maltratadas fue de 2,08 (DT=1,34).

3.1.7. Número de hijos viviendo con la mujer

La media del número de hijos viviendo con la mujer en cada grupo fue la siguiente: 1,19 (DT=1,01) en las mujeres no maltratadas, 1,63 (DT=1,04) en las mujeres maltratadas psicológicamente y 1,19 (DT=0,89) en las mujeres maltratadas físicamente, siendo esta diferencia estadísticamente significativa [$F(2,179)=4,04$; $p<0,02$]. El número de hijos viviendo con la mujer fue significativamente superior en las mujeres psicológicamente maltratadas que en las físicamente maltratadas ($p<0,05$).

3.2. Relación de la mujer con el maltratador/pareja

La información obtenida con respecto a la relación de la mujer con el maltratador/pareja aparece en la Tabla 2.

3.2.1. Edad de la mujer cuando comenzó la relación de pareja

La edad de las mujeres al iniciar la relación de pareja fue similar en los tres grupos: 21,6 (DT=5,4) años en las mujeres sin maltrato, 21,5 (DT= 8,0) años en las mujeres maltratadas psicológicamente y 22,3 (DT=8,8) en las mujeres maltratadas físicamente, no existiendo diferencias significativas entre los grupos [$F(2,177)=0,21$; $p=0,81$].

Tabla 2. Relación de las mujeres maltratadas y no maltratadas con el maltratador/pareja

Variable	Mujeres sin maltrato (n=52)	Mujeres maltratadas psicológicamente (n=55)	Mujeres maltratadas físicamente (n=75)	Estadísticos
Edad de la mujer cuando comenzó la relación de pareja (media y DT)	21,6±5,4	21,5±8,0	22,3±8,8	$F(2,177)=0,21$; n.s
Duración de la convivencia (% de mujeres)				$\chi^2(8, N=181)=4,2$; n.s
Menos de 1 año	3,9	0	4	
1-3 años	5,9	7,3	10,7	
3-5 años	5,9	5,5	8	
5-10 años	13,7	16,4	16	
Más de 10 años	70,6	70,9	61,3	
Relación actual con el maltratador/pareja (% de mujeres)				$\chi^2(8, N=182)=40,2$; $p<0,001$
Marido	86,5	52,7	38,7	
Ex-marido	0	29,1	41,3	
Pareja de hecho	11,5	5,5	8	
Ex-pareja de hecho	0	10,9	10,7	
Viuda	1,9	1,8	1,3	
Separaciones temporales del maltratador/pareja (% de mujeres)	1,9	20,0	34,7	$\chi^2(2, N=182)=19,97$; $p<0,001$
Dependencia económica del maltratador /pareja (% de mujeres)	65,4	47,3	41,3	$\chi^2(2, N=182)=7,3$; $p<0,05$
Denuncias por maltrato (% de mujeres)	0	30,9	48	$\chi^2(1, N=130)=3,8$; $p<0,05$

3.2.2. Duración de la convivencia

La duración de la convivencia fue similar en los tres grupos de mujeres. Las mujeres de la muestra se caracterizaron en la mayoría de los casos por haber tenido relaciones de más de 10 años de duración: 70,6% de las mujeres sin maltrato, 70,9 % de las mujeres maltratadas psicológicamente y el 61,3% de las mujeres maltratadas físicamente, no estando asociada la duración de la convivencia con la violencia de pareja [$\chi^2(8, N=181)= 4,2$; $p=0,83$].

3.2.3. Relación actual con el maltratador/pareja

En el 86,5% de las mujeres sin maltrato, el 52,7% de las mujeres maltratadas psicológicamente y el 38,7% de las mujeres maltratadas físicamente el maltratador/pareja era su marido. En un alto porcentaje de mujeres de los grupos de maltrato, el maltratador era su ex-marido o ex-pareja de hecho en el momento de la realización del estudio: en el 40% de las mujeres maltratadas psicológicamente y en el 52% de las mujeres maltratadas físicamente. La cantidad de mujeres sin maltrato cuya pareja era su marido fue superior a la esperada y la cantidad de mujeres maltratadas cuya pareja maltratadora era su marido fue significativamente inferior a la esperada. Además, en ninguna mujer no maltratada su pareja era su ex-marido, mientras que la cantidad de mujeres maltratadas cuya pareja maltratadora era su ex-marido fue significativamente superior a la esperada [$\chi^2(2, N=182)= 40,2; p<0,001$]. Por tanto, hay una relación entre la violencia de pareja y la relación actual con el maltratador/pareja.

3.2.4. Separaciones temporales del maltratador/pareja

Mientras que un 1,9% de las mujeres sin maltrato se separó temporalmente de la pareja, un 20% de las mujeres maltratadas psicológicamente y un 34,7% de las mujeres maltratadas físicamente se separaron del maltratador aunque después volvieron a convivir con él. En comparación con las mujeres sin maltrato, el porcentaje de mujeres maltratadas que se separaron temporalmente del maltratador fue superior. Ello indica una asociación entre la violencia de pareja y las separaciones temporales del maltratador/pareja [$\chi^2(2, N=182)= 19,97; p<0,001$].

3.2.5. Dependencia económica de la mujer del maltratador/pareja

La cantidad de mujeres dependientes económicamente del maltratador/pareja fue superior en las mujeres sin maltrato que en las mujeres maltratadas indicando una relación entre ambas variables, [$\chi^2(2, N=182)= 7,3; p<0,05$]: el 65,5% de las mujeres sin maltrato, el 47,3% de las mujeres maltratadas psicológicamente y el 41,3% de las mujeres maltratadas físicamente. La cantidad de mujeres sin maltrato que dependían

económicamente de su pareja fue significativamente superior a la esperada, además, la cantidad de mujeres maltratadas que dependían económicamente del maltratador fue significativamente inferior a la esperada.

3.2.6. Denuncias por maltrato realizadas por la mujer

Un 30,9% de mujeres psicológicamente maltratadas y un 48% de mujeres físicamente maltratadas denunciaron la violencia por parte de su pareja. El hecho de denunciar la violencia de pareja estuvo asociado con el tipo de violencia sufrida [$\chi^2(1, N=130)= 3,8; p<0,05$], siendo la cantidad de mujeres físicamente maltratadas que habían denunciado el maltrato significativamente superior a la esperada.

3.3. Características de los tipos de violencia

Este estudio midió la violencia psicológica, física y sexual sufrido por las mujeres durante su relación de pareja. De las 130 mujeres maltratadas que participaron en esta investigación, el 100% fueron psicológicamente maltratadas. De ellas, 75 mujeres fueron además víctimas de violencia física, es decir, un 57,7% del total de mujeres maltratadas. Además, el 16,4% de las mujeres psicológicamente maltratadas fueron maltratadas sexualmente por su pareja, así como el 32% de las mujeres psicológica y físicamente maltratadas fueron también sexualmente maltratadas por su pareja.

3.3.1. Violencia Psicológica

Las características de la violencia psicológica experimentada por las mujeres que participaron en el estudio se muestran en la Tabla 3.

a) Mujeres maltratadas psicológicamente

La violencia psicológica empezó en los tres primeros años de relación en algo más de la mitad de las mujeres psicológicamente maltratadas. En el 18,1% empezó después de 5-10 años de relación y en el 27,3% empezó después de 10 años de relación. Además, el 85,5% de las mujeres empezó a sufrir violencia psicológica durante la

Tabla 3. Características de la violencia psicológica experimentada por las mujeres por parte de sus parejas (% de mujeres)

Variable	Mujeres maltratadas psicológicamente (n=55)	Mujeres maltratadas físicamente (n=75)	Estadísticos	
Meses de relación hasta el inicio de la violencia				
Menos de 1 año	23,6	38,4	$\chi^2(4, N=128)= 13,11; p<0,02$	
1-3 años	30,9	30,1		
3-5 años	14,5	9,6		
5-10 años	3,6	13,7		
Más de 10 años	27,3	8,2		
Inicio de la violencia durante la convivencia	85,5	82,2	$\chi^2(1, N=128)= 0,24; ns$	
Inicio de la violencia en relación con alguna circunstancia externa				
Ninguna	50,0	56,9	$\chi^2(6, N=126)= 7,6; ns$	
Noviazgo	3,7	11,1		
Luna de miel	5,6	4,2		
Embarazo	9,3	6,9		
Nacimiento de algún hijo	5,6	6,9		
El agresor pierde su trabajo	5,6	0		
Otras razones (celos, problemas económicos, etc.)	20,4	13,9		
Actos violentos				
Insultos	78,2	97,3	$t(126)=1,7; ns$	
Menosprecios	90,9	97,3		
Aislamiento	78,2	75,3		
Bloqueo en la toma de decisiones	67,3	63		
Abandono económico	54,5	53,4		
Persecución y acoso	34,5	42,5		
Amenazas de muerte a la mujer y su familia	30,9	69,9		
Amenazas sobre la custodia de los niños	23,6	30,1		
Llamadas telefónicas intimidatorias/vejatorias	23,6	34,2		
Chantaje económico	40	43,8		
Chantaje emocional	85,5	65,8		
Sumatorio de actos violentos (media y DT)	6,0±2,2	6,7±2,0		
Duración				
Menos de 1 año	1,8	7		$\chi^2(4, N=127)= 4,24; ns$
1-3 años	16,4	11,1		
3-5 años	16,4	11,1		
5-10 años	12,7	20,8		
Más de 10 años	52,7	50		
Frecuencia				
1 vez cada dos meses o menos	3,6	4,1	$\chi^2(3, N=128)= 3,72; ns$	
Aproximadamente 1 vez al mes	9,1	2,7		
Aproximadamente 2-3 al mes	10,9	19,2		
Más de una vez a la semana	76,4	74		
Regularidad de la violencia				
Regularidad de la violencia	72,7	78,1	$\chi^2(1, N=128)= 0,49; ns$	
Violencia durante el último año	88,7	97,3	$\chi^2(1, N=128)= 4,0; p<0,05$	
Violencia después de la separación	100	100		

convivencia. En la mitad de las mujeres el inicio de la violencia estuvo relacionado con alguna circunstancia externa: el 3,7% de las mujeres empezaron a sufrir violencia psicológica durante el noviazgo, el 5,6% durante la luna de miel, el 9,3% durante el embarazo, el 5,6% por el nacimiento de algún hijo, el 5,6% porque el agresor perdió su trabajo y el 20,4% por otras razones como celos o problemas económicos. Más del 75% de las mujeres sufrieron insultos menosprecios, aislamiento y chantaje emocional durante la violencia psicológica; más del 50% de las mujeres fueron abandonadas económicamente y el agresor les impedía tomar decisiones; el 40% sufrió chantaje económico, el 34,5% persecución y acoso, el 30,9% sufrió amenazas de muerte y también su familia, el 23,6% fueron amenazadas con la custodia de los hijos y el 23,6% sufrió llamadas telefónicas intimidatorias/vejatorias. La duración del maltrato psicológico fue en el 1,8% de las mujeres de menos de un año, en el 16,4% duró entre 1 y 3 años, en el 16,4% entre 5 y 10 años y en el 52,7% la violencia psicológica duró más de 10 años. El 12,7% de las mujeres fueron maltratadas psicológicamente aproximadamente 1 vez al mes o menos, el 1,9% aproximadamente 2 ó 3 veces al mes y el 76,4% más de una vez por semana. El 72,7% de las mujeres percibían que eran maltratadas de forma regular, el 88,7% sufrieron violencia psicológica durante el último año y el 100% de las mujeres que se habían separado definitivamente del maltratador continuaban siendo maltratadas psicológicamente por él.

b) Mujeres maltratadas físicamente

El 68,5% de las mujeres físicamente maltratadas empezaron a sufrir violencia psicológica durante los tres primeros años de relación con el maltratador. El 23,3% entre 5 y 10 años de relación y el 8,2% de las mujeres empezaron a sufrir violencia psicológica después de 10 años de relación. Además, en el 82,2% de las mujeres la violencia empezó cuando la pareja ya estaba conviviendo. En casi la mitad de las mujeres el inicio de la violencia estuvo unido a alguna circunstancia externa: en el 11,1 con el noviazgo, en el 4,2% con la luna de miel, en el 6,9% con el embarazo, en el 6,9% con el nacimiento de algún hijo y en el 13,9% con otras razones como celos o problemas económicos. Alrededor del 100% de las mujeres fueron insultadas y menospreciadas, el 75,3% fueron aisladas, alrededor del 70% fueron amenazadas de muerte y también sus familiares; más del 50% sufrieron abandono económico y chantaje emocional y bloqueo en la toma de decisiones; algo más del 40% de las mujeres

sufrieron persecución y acoso y chantaje económico. Finalmente, alrededor del 30% de las mujeres sufrieron llamadas telefónicas intimidatorias/vejatorias y fueron amenazadas con la custodia de los niños. La duración del maltrato psicológico fue en el 7% de las mujeres de menos de 1 año, en el 11,1% de 1-3 años, en el 11,1 de 3-5 años, en el 20,8% de 5-10 años y en el 50% de más de 10 años. El 7,8% de las mujeres fueron psicológicamente maltratadas aproximadamente 1 vez al mes o menos, el 19,2% aproximadamente 2 ó 3 veces al mes y el 74% más de una vez a la semana. El 78,1% de las mujeres percibían como regular el maltrato psicológico al que eran sometidas; el 97,3% de las mujeres fueron psicológicamente maltratadas durante el último año, y el 100% sufrieron violencia psicológica después de separarse definitivamente del maltratador.

c) Comparación entre los dos grupos de mujeres maltratadas

Tras los análisis realizados se encontró que las siguientes variables relativas a la violencia psicológica fueron independientes de haber sufrido sólo violencia psicológica o violencia física y psicológica: inicio de la violencia durante la convivencia, inicio de la violencia en relación con alguna circunstancia externa, duración, frecuencia y regularidad de la violencia. Sin embargo, algunas variables sí estuvieron asociadas al tipo de violencia experimentada:

1. Meses de relación hasta el inicio de la violencia psicológica

Si bien la violencia psicológica empezó en más de la mitad de las mujeres de cada grupo durante los tres primeros años de relación, se encontró una asociación entre el tipo de violencia sufrida y el inicio de la violencia psicológica [$\chi^2(4, N=128)= 13,11$; $p<0,02$]. De hecho, la cantidad de mujeres maltratadas físicamente en las que la violencia psicológica empezó en el primer año de relación fue significativamente superior a la esperada. Por otro lado, la cantidad de mujeres psicológicamente maltratadas en las que la violencia psicológica empezó tras 10 años de relación fue significativamente superior a la esperada.

2. Violencia durante el último año

Más del 80% las mujeres de cada grupo fueron maltratadas psicológicamente durante el último año. Se encontró una relación entre el tipo de violencia experimentada y haber sido víctima de violencia psicológica en el último año [$\chi^2(1, N=128)= 4,0$; $p<0,05$], siendo la cantidad de mujeres maltratadas físicamente que sufrieron violencia psicológica en el último año superior a la esperada

3. Violencia tras la separación de la mujer del maltratador

El 40% de las mujeres psicológicamente maltratadas y el 52% de las mujeres físicamente maltratadas se habían separado definitivamente del maltratador, sin embargo, el 100% de de ambos grupos de mujeres estaban siendo psicológicamente maltratadas a pesar de haberse separado definitivamente del maltratador.

3.3.2. Violencia Física

Las características de la violencia física sufrida por las mujeres que participaron en el estudio se detallan en la tabla 4.

La violencia física empezó en los primeros tres años de relación en el 57,5% de las mujeres, 3-5 años en el 13,3%, 5-10 años en el 12% y después de 10 años en el 17,3% de las mujeres, ocurriendo este maltrato en el 92% de las mujeres durante la convivencia. Algo más de la mitad de las mujeres relacionaron el inicio de la violencia física con una circunstancia externa: el 5,3% con el noviazgo, el 1,3% con la luna de miel, el 9,3% con el embarazo, el 10,7% con el nacimiento de un hijo, el 1,3% con la pérdida de empleo del maltratador y, finalmente el 22,7% lo relacionó con otras razones como celos o con el inicio de la mujer de un empleo. En casi un 95% de los casos la víctima fue empujada, en el 65,3% fue abofeteada, en el 52% fue golpeada con el puño, en el 48% la víctima sufrió estrangulamientos y en el 40% la víctima recibió patadas. Alrededor del 60% las mujeres informaron que durante la violencia física el maltratador había utilizado diferentes medios coercitivos: el 22,7% fueron amenazadas con cuchillos o navajas, el 36% fueron golpeadas con diferentes objetos lanzados contra ellas o en su presencia, el 2,7% fueron amenazadas con armas de fuego y el 9,3% fueron

Tabla 4. Características de la violencia física experimentada por las mujeres por parte de sus parejas (n=75)

Variable	% de mujeres
Meses de relación hasta el inicio de la violencia	
Menos de 1 año	29,3
1-3 años	28
3-5 años	13,3
5-10 años	12
Más de 10 años	17,3
Inicio de la violencia durante la convivencia	
	92
Inicio de la violencia en relación con alguna circunstancia externa	
Ninguna	49,3
Noviazgo	5,3
Luna de miel	1,3
Embarazo	9,3
Nacimiento de algún hijo	10,7
El agresor pierde su trabajo	1,3
Otras razones (celos, ella empieza a trabajar, etc.)	22,7
Actos violentos	
Puñetazos	52
Patadas	40
Bofetadas	65,3
Empujones	94,7
Mordiscos	0
Estrangulamientos	48
Medios coercitivos	
Ninguno	42,7
Armas blancas	22,7
Armas de fuego	2,7
Lanzamiento de objetos	36
Otros (vara, cinturón, etc.)	9,3
Duración	
Menos de 1 año	17,6
1-3 años	14,9
3-5 años	12,2
5-10 años	12,2
Más de 10 años	43,2
Frecuencia	
1 vez cada dos meses o menos	68,9
Aprox. 1 vez al mes	8,1
Aprox. 2-3 veces al mes	12,2
Más de 1 vez a la semana	10,8
Regularidad de la violencia	
	21,9
Predictibilidad de la violencia	
	45,9
Violencia durante el embarazo	
	36,5
Violencia durante el último año	
	89,3
Violencia después de la separación	
	14,3
Vida en peligro	
	77,3

golpeadas con varas, cinturones, etc. Aproximadamente un 40% de las mujeres informaron de haber sido físicamente maltratadas durante el embarazo y alrededor del 80% las mujeres sintieron que su vida estaba en peligro cuando estaban siendo físicamente maltratadas. La violencia física tuvo una duración de menos de un año en el 17,6% de las mujeres, de 1-3 años en el 14,9%, de 3-5 años en el 12,2%, de 5-10 años

en el 12,2% y de más de 10 años en el 43,2% de las mujeres. El 68% de las mujeres sufrieron un episodio de violencia física cada dos meses o menos, mientras que el 8,1% de las mujeres fueron físicamente maltratadas aproximadamente una vez al mes. El 23% de las mujeres informaron ser víctimas de violencia física con mayor frecuencia: el 12,2% aproximadamente 2 ó 3 veces al mes, y el 10,8% más de una vez a la semana. El 21,9% de las mujeres informaron que la violencia física ocurría de manera regular y alrededor de la mitad de las mujeres víctimas de violencia física podían predecir cuando iban a ser de nuevo físicamente maltratadas. Casi el 90% de las mujeres fueron víctimas de violencia física durante el último año. Además, del 52% de las mujeres que se habían separado definitivamente del maltratador, un 14,3% fueron físicamente maltratadas tras la separación.

3.3.3. Violencia Sexual

Además de la violencia psicológica y física sufrida por las mujeres, el 16,4% de las mujeres psicológicamente maltratadas y el 32% de las mujeres físicamente maltratadas sufrieron violencia sexual a lo largo de la convivencia con el maltratador. Las características de la violencia sexual sufrida por las mujeres que participaron en este estudio aparecen detalladas en la Tabla 5.

a) Mujeres maltratadas psicológicamente

Un tercio de las mujeres psicológicamente maltratadas relacionaron el inicio de la violencia sexual con razones como celos, problemas laborales y separación. Más del 75% de mujeres fueron forzadas por el agresor a tener sexo genital, en el 44% de mujeres el agresor les realizó sexo oral, el 33% de mujeres fueron obligadas a realizarle sexo oral al agresor, en el 25% de los casos el agresor mordió a la víctima durante la relación sexual, el 22% de las mujeres fueron forzadas a tener sexo anal y el agresor usó material pornográfico durante los encuentros sexuales en contra de la voluntad de la mujer, el 11,1% de las mujeres fueron forzadas a tener sexo después de venir del hospital y fueron amenazadas con cuchillos, pistolas, otros objetos usados como armas o con golpearlas por rechazar el sexo. Finalmente, también en el 11,1% de los casos los ataques sexuales fueron presenciados por los hijos de la pareja. En el 44,4% de las mujeres maltratadas psicológicamente la violencia sexual duró menos de un año, en el

Tabla 5. Características de la violencia sexual experimentada por las mujeres por parte de sus parejas (% de mujeres)

Variable	Mujeres maltratadas	Mujeres maltratadas	Estadísticos
	psicológicamente (n=9)	físicamente (n=24)	
Inicio de la violencia unido a una circunstancia externa			$\chi^2(5, N=32)=1,95; ns$
Ninguna	66,7	60,9	
Noviazgo	0	4,3	
Luna de miel	0	4,3	
Embarazo	0	4,3	
Nacimiento de algún hijo	0	4,3	
El agresor pierde su trabajo	0	0	
Otras razones (Celos, problemas laborales, separación, etc.)	33,3	21,7	
Actos violentos			
Sexo genital con penetración forzada	77,8	75	
Sexo anal	22,2	29,2	
Sexo oral (de ella hacia él)	33,3	54,2	
Sexo oral (de él hacia ella)	44,4	25	
Objetos insertados en vagina o ano	0	8,3	
Forzada a tener sexo después de ser golpeada	0	17,4	
Forzada a tener sexo después de venir del hospital	11,1	17,4	
Forzada a tener sexo después de haber salido él de la prisión	0	0	
Obligada a tener sexo homosexual	0	0	
Obligada a tener sexo con animales	0	0	
Obligada a prostituirse	0	0	
Obligada a tener sexo en público	0	0	
Mordiscos durante la relación sexual	25	29,4	
Patadas o golpes durante la relación sexual	0	16,7	
Bofetadas o golpes durante la relación sexual	0	25	
Amenazas con golpearla por rechazar el sexo	11,1	34,8	
Amenazas con golpear a los niños por rechazar el sexo	0	0	
Amenazas con cuchillos o pistolas usados como medios coercitivos	11,1	4,3	
Uso de películas, fotografías pornográficas	22,2	12,5	
Implicación de niños en los actos sexuales	0	0	
Presencia de niños durante los ataques sexuales	11,1	4,3	
Sumatorio de actos violentos (Media y DT)	2,7±1,6	3,4±2,3	$t(31)=0,9; n.s$
Duración			$\chi^2(4, N=32)=3,3; ns$
Menos de 1 año	44,4	39,1	
1-3 años	22,2	4,3	
3-5 años	11,1	17,4	
5-10 años	0	8,7	
Más de 10 años	22,2	30,4	
Frecuencia			$\chi^2(4, N=33)=4,5; ns$
1 vez cada dos meses o menos	33,3	54,2	
Aproximadamente 1 vez al mes	0	4,2	
Aproximadamente 2-3 al mes	11,1	20,8	
Más de una vez a la semana	33,3	16,7	
Predictibilidad de la violencia	22,2	4,2	$\chi^2(1, N=30)=1,12; ns$
Regularidad de la violencia	33,3	27,3	$\chi^2(1, N=31)=0,11; ns$
Vida en peligro	33,3	30	$\chi^2(1, N=29)=0,03; ns$
Violencia durante el último año	33,3	61,9	$\chi^2(1, N=27)=1,5; ns$
Violencia después de la separación	5	0	$\chi^2(1, N=22)=1,0; ns$

22,2% entre 1-3 años, en el 11,1% entre 3-5 años y en el 22,2% más de 10 años. La frecuencia de la violencia sexual fue en el 42,9% de las mujeres de una vez cada dos meses o menos, en el 14,3% ocurrió aproximadamente 2 ó 3 veces al mes y en el 42,9% más de una vez a la semana. El 12,5% de las mujeres podía predecir cuando iban a ser sexualmente maltratadas y el 33,3% percibió la violencia sexual como regular. El 33,3% de las mujeres fueron maltratadas sexualmente durante el último año y sintieron su vida en peligro durante los ataques sexuales. Finalmente, el 5% de las mujeres que habían abandonado al agresor fueron sexualmente maltratadas tras la separación.

b) Mujeres maltratadas físicamente

El 17,2% de las mujeres físicamente maltratadas relacionaron el inicio de la violencia sexual con el noviazgo, la luna de miel, el embarazo y el nacimiento de algún hijo, y el 21,7% con razones como celos, problemas laborales y separación. El 75% de las mujeres fueron obligadas por el agresor a tener sexo genital, el 54,2% fueron forzadas a realizarle sexo oral, el 34,8% fueron amenazadas con ser golpeadas si rechazaban el sexo, alrededor del 30% fueron obligadas a tener sexo anal y el agresor las mordió durante la agresión sexual, en el 25% de las mujeres el agresor les realizó sexo oral contra su voluntad y las abofeteó o golpeó durante la relación sexual, algo más del 15% de las mujeres fueron pateadas o golpeadas durante la relación sexual y fueron obligadas a tener sexo después de ser golpeadas y después de venir del hospital. En el 12,5% de las mujeres el agresor utilizó material pornográfico durante el ataque sexual, en el 8,3% el agresor les insertó objetos en la vagina o en el ano. Finalmente, en el 5% de los casos los hijos de la pareja presenciaron los ataques sexuales y las mujeres fueron amenazadas con cuchillos, pistolas u otros objetos usados como armas durante los mismos. La violencia sexual tuvo una duración de menos de un año en el 39,1% de las mujeres, de 1-3 años en el 4,3%, de 3-5 años en el 17,4%, de 5-10 años en el 8,7% y de más de 10 años en el 30,4%. La frecuencia del maltrato sexual ocurrió en el 56,5% de las mujeres una vez cada dos meses o menos, en el 4,3% una vez al mes, en el 21,7% aproximadamente 2 ó 3 veces al mes y en el 17,4% más de una vez por semana. Alrededor del 30% de las mujeres podían predecir cuando iban a ser maltratadas sexualmente, percibían la violencia sexual como regular y sintieron que su vida estaba en peligro cuando estaban siendo maltratadas sexualmente. El 61,9% de las fueron víctimas de violencia sexual por su parejas durante el último año.

c) Comparación entre los dos grupos de mujeres maltratadas

Tras los análisis realizados se comprobó que las variables relativas a la violencia sexual fueron independientes del tipo de violencia sufrida por las mujeres.

3.4. Impacto de la violencia de pareja en la salud física de las mujeres

3.4.1. Impacto de la violencia de pareja en la percepción de síntomas físicos

Se obtuvo una puntuación total sumando cada uno de los 35 síntomas físicos para comprobar si existieron diferencias entre los grupos. La media del número de síntomas físicos percibidos durante el último año por las mujeres sin maltrato fue de 5,3 (DT=3,8), por las mujeres psicológicamente maltratadas de 11,8 (DT=7,4) síntomas físicos percibidos y las mujeres físicamente maltratadas una media de 13,6 (DT=7,2), siendo la diferencia estadísticamente significativa [$F(2,181)=26,6$; $p<0,001$]. Las pruebas post-hoc mostraron que tanto las mujeres maltratadas psicológicamente como las maltratadas físicamente manifestaron percibir mayor cantidad de síntomas que las mujeres sin maltrato ($p<0,001$). Los resultados de la cantidad total de síntomas físicos percibidos por las mujeres, así como de los síntomas físicos agrupados por sistemas se presentan en la Tabla 6.

Tabla 6. Síntomas corporales percibidos en el último año por las mujeres maltratadas y no maltratadas agrupados por sistemas (Media + DT)

	Mujeres sin maltrato (n=52)	Mujeres maltratadas psicológicamente (n=55)	Mujeres maltratadas físicamente (n=75)	Estadísticos
Sistema Nervioso	1,05±1,30	3,30±2,50*	3,67±2,48*	$F(2,181)=23,36$; $p<0,001$
Sistema Muscular	1,36±1,20	2,56±1,69*	2,81±1,67*	$F(2,181)=14,24$; $p<0,001$
Aparato Ginecológico	0,42±0,70	0,90±1,05	1,30±1,25*	$F(2,181)=10,69$; $p<0,001$
Aparato Digestivo	1,40±1,30	2,38±2,02*	2,65±1,99*	$F(2,181)=7,52$; $p<0,05$
Aparato Urinario	0,17±0,40	0,14±0,35	0,21±0,41	$F(2,181)=0,50$; n.s
Aparato Circulatorio	0,32±0,68	0,94±0,89*	1,10±0,74*	$F(2,181)=16,35$; $p<0,001$
Aparato Respiratorio	0,11±0,32	0,34±0,48*	0,48±0,50*	$F(2,181)=10,04$; $p<0,001$
Piel	0,13±0,40	0,25±0,51	0,24±0,51	$F(2,181)=1,00$; n.s
Sistema Endocrino	0,27±0,60	0,98±0,87*	1,12±0,88*	$F(2,181)=18,28$; $p<0,001$
Total síntomas	5,3±3,8	11,8±7,4*	13,6±7,2*	$F(2,181)=26,6$; $p<0,001$

*Difiere de las mujeres sin maltrato

Para comprobar si existió alguna relación entre haber sufrido o no algún tipo de maltrato y la percepción de cada uno de los síntomas corporales se calcularon tablas de contingencia de cada síntoma. La lista de los 35 síntomas agrupados en los sistemas corporales correspondientes y los porcentajes de la incidencia de cada uno de se presentan en la Tabla 7. De la lista de 35 síntomas 27 de estuvieron asociados a la experiencia de violencia de pareja. A continuación se explican los resultados encontrados en los síntomas de cada uno de los sistemas corporales.

a) Sistema nervioso:

Se preguntó a las mujeres sobre la persistencia durante el último año de ocho síntomas relacionados con el sistema nervioso. La frecuencia encontrada fue significativamente superior a la esperada en todos los síntomas de este sistema en las mujeres con maltrato: dolor de cabeza [$\chi^2(2, N=182)= 6,7; p<0,05$], mareos [$\chi^2(2, N=182)= 20,4; p<0,001$], entumecimiento [$\chi^2(2, N=182)= 14,1; p=0,002$], temblor de manos [$\chi^2(2, N=182)= 21,4; p<0,001$], zumbido en los oídos [$\chi^2(2, N=182)= 14,8; p=0,002$], vértigos [$\chi^2(2, N=182)= 16,0; p<0,001$], visión borrosa [$\chi^2(2, N=182)= 13,1; p=0,002$] y pesadillas [$\chi^2(2, N=182)= 29,3; p<0,001$]. Esta significación indica que la incidencia de los síntomas del sistema nervioso estuvo relacionada con la violencia de pareja.

b) Sistema muscular:

Se preguntó a las mujeres sobre la persistencia durante el último año de cinco síntomas del sistema muscular. De nuevo, la frecuencia encontrada en todos los síntomas de este sistema fue significativamente superior a la esperada en las mujeres maltratadas: falta de fuerza [$\chi^2(2, N=182)= 12,7; p<0,005$], fatiga [$\chi^2(2, N=182)= 16,6; p<0,001$], calambres [$\chi^2(2, N=182)= 6,6; p<0,05$], dolores musculares [$\chi^2(2, N=182)= 10,4; p<0,01$] y dolor de espalda [$\chi^2(2, N=182)= 13,7; p<0,002$], indicando una relación entre los diferentes síntomas del sistema muscular y la violencia de pareja.

Tabla 7. Síntomas corporales percibidos por las mujeres maltratadas y no maltratadas durante el último año

	Mujeres sin maltrato (n=52)	Mujeres maltratadas psicológicamente (n=55)	Mujeres maltratadas físicamente (n=75)	Estadísticos
Sistema Nervioso				
Dolor de cabeza	40,4	61,8	61,3	$\chi^2(2, N=182)=6,7; p<0,05$
Mareos	15,4	45,5	54,7	$\chi^2(2, N=182)=20,4; p<0,001$
Entumecimiento	9,6	36,4	38,7	$\chi^2(2, N=182)=14,1; p<0,001$
Temblor de manos	7,7	40	45,3	$\chi^2(2, N=182)=21,4; p<0,001$
Zumbido en los oídos	9,6	36,4	40	$\chi^2(2, N=182)=14,8; p<0,001$
Vértigos	11,5	40	44	$\chi^2(2, N=182)=16,0; p<0,001$
Visión borrosa	9,6	29,1	38,7	$\chi^2(2, N=182)=13,1; p<0,001$
Pesadillas	1,9	41,8	44	$\chi^2(2, N=182)=29,3; p<0,001$
Sistema Muscular				
Falta de fuerza	28,8	54,5	60	$\chi^2(2, N=182)=12,7; p<0,002$
Fatiga	15,4	45,5	49,3	$\chi^2(2, N=182)=16,6; p<0,001$
Calambres	15,4	30,9	36	$\chi^2(2, N=182)=6,6; p<0,05$
Dolores musculares	32,7	54,5	61,3	$\chi^2(2, N=182)=10,4; p<0,01$
Dolor de espalda	44,2	70,9	74,7	$\chi^2(2, N=182)=13,7; p<0,001$
Aparato Ginecológico				
Faltas prolongadas menstruación	4,8	9,7	20	$\chi^2(2, N=92)=3,3; n.s$
Dolores menstruales	38,1	59,3	56,4	$\chi^2(2, N=87)=2,5; n.s$
Sangrado vaginal	9,3	7,1	24,6	$\chi^2(2, N=146)=7,5; p<0,05$
Dolores vaginales	5,8	21,8	28	$\chi^2(2, N=182)=9,8; p<0,01$
Dolor al realizar el coito	12	36,4	57,5	$\chi^2(2, N=112)=21,0; p<0,001$
Dolor pélvico	0	16,3	12,5	$\chi^2(2, N=172)=8,4; p<0,02$
Aparato Digestivo				
Nauseas	13,5	34,5	34,7	$\chi^2(2, N=182)=8,1; p<0,02$
Vómitos	11,5	25,5	18,7	$\chi^2(2, N=182)=3,4; n.s$
Ardores	23,1	32,7	44	$\chi^2(2, N=182)=6,1; p<0,05$
Dolor de estómago	19,2	38,2	48	$\chi^2(2, N=182)=11,0; p<0,01$
Diarrea	7,7	16,4	24	$\chi^2(2, N=182)=5,8; p<0,05$
Estreñimiento	23,1	36,4	40	$\chi^2(2, N=182)=4,1; n.s$
Gases	40,4	43,6	40	$\chi^2(2, N=182)=0,2; n.s$
Sangrado anal	1,9	10,9	16	$\chi^2(2, N=182)=6,5; p<0,05$
Aparato Urinario				
Pérdidas de orina	17,3	14,5	21,3	$\chi^2(2, N=182)=1,0; n.s$
Aparato Circulatorio				
Dolor en el corazón o el pecho	15,4	50,9	60	$\chi^2(2, N=182)=26,0; p<0,001$
Palpitaciones	17,3	43,6	50,7	$\chi^2(2, N=182)=15,1; p<0,001$
Aparato Respiratorio				
Respiración dificultosa	11,5	34,5	48	$\chi^2(2, N=182)=18,3; p<0,001$
Piel				
Picores	5,8	16,4	10,7	$\chi^2(2, N=182)=3,1; n.s$
Erupciones	7,7	9,1	13,3	$\chi^2(2, N=182)=1,2; n.s$
Sistema Endocrino				
Cambios de peso corporal	17,3	54,5	56	$\chi^2(2, N=182)=21,8; p<0,001$
Cambios en el apetito	9,6	43,6	56	$\chi^2(2, N=182)=28,4; p<0,001$

c) Aparato ginecológico:

Se preguntó a las mujeres sobre la ocurrencia durante el último año de seis síntomas del aparato ginecológico. Para los síntomas “faltas prolongadas de la menstruación”, “dolores menstruales”, “sangrado vaginal”, “dolor al realizar el coito” y “dolor pélvico” se tuvieron en cuenta algunas características de las mujeres para excluir sus datos de los análisis. De manera que las mujeres que ya habían alcanzado la **menopausia** fueron excluidos de los síntomas “faltas prolongadas de la menstruación” y “dolores menstruales”. Las mujeres **histerectomizadas** fueron excluidas de los síntomas “faltas prolongadas de la menstruación”, “dolores menstruales” y “sangrado vaginal”. Las mujeres **que tomaron anticonceptivos orales** durante el último año fueron excluidas de los síntomas “faltas prolongadas de la menstruación”, “dolores menstruales” y “sangrado vaginal”, ya que la administración de anticonceptivos orales es un tratamiento para dichos síntomas. Las **mujeres embarazadas** durante el mismo período de tiempo fueron excluidas de los síntomas “faltas prolongadas de la menstruación” y “dolores menstruales”, el primero por estar relacionado con el embarazo y el segundo por la imposibilidad de padecerlo durante el embarazo. Las mujeres **que usaron como método anticonceptivo dispositivos intrauterinos (DIU)** fueron excluidas de los síntomas “dolores menstruales”, “sangrado vaginal” y “dolor pélvico”, puesto que la utilización de DIU puede ocasionar la aparición de dichos síntomas como efecto secundario. Finalmente, las **mujeres que no habían tenido relaciones sexuales** en el último año fueron excluidas de “dolor al realizar el coito”.

La cantidad de mujeres con los síntomas faltas prolongadas de la menstruación y dolores menstruales fue similar a la esperada en los tres grupos [$\chi^2(2, N=92)= 3,3$; $p=0,2$] y [$\chi^2(2, N=87)= 2,5$; $p=0,3$], por lo que la incidencia de ambos síntomas fue independiente de la violencia de pareja. La frecuencia encontrada del síntoma dolor vaginal, dolor al realizar el coito y dolor pélvico fue significativamente superior a la esperada en las mujeres maltratadas, [$\chi^2(2, N=182)= 9,8$; $p<0,01$], [$\chi^2(2, N=112)= 21,0$; $p<0,001$] y [$\chi^2(2, N=172)= 8,4$; $p<0,02$], indicando una asociación de dichos síntomas con la experiencia de violencia de pareja. Por último, la cantidad de mujeres sangrado vaginal fue significativamente superior al esperado en las mujeres físicamente

maltratadas [$\chi^2(2, N=146)= 7,5; p<0,05$], indicando una relación entre este síntoma y la violencia física de pareja.

d) Aparato digestivo:

La persistencia durante el último año de ocho síntomas del aparato digestivo fue preguntada a las mujeres. La cantidad de mujeres que en el último año padecieron de forma frecuente vómitos [$\chi^2(2, N=182)= 3,4; p=0,2$], estreñimiento [$\chi^2(2, N=182)= 4,1; p=0,1$] y gases [$\chi^2(2, N=182)= 0,2; p=0,9$] fue similar a la esperada en todas las mujeres, indicando una independencia entre dichos síntomas y la violencia de pareja. La cantidad de mujeres maltratadas que en el último año habían sufrido de manera frecuente náuseas [$\chi^2(2, N=182)= 8,1; p<0,02$], sangrado anal [$\chi^2(2, N=182)= 6,5; p<0,05$] y dolor de estómago [$\chi^2(2, N=182)= 11,0; p<0,005$] fue significativamente superior al esperado, indicando una la existencia de una asociación con la violencia de pareja. Por último, el número de mujeres físicamente maltratadas con ardores [$\chi^2(2, N=182)= 6,1; p<0,05$] y diarrea [$\chi^2(2, N=182)= 5,8; p=0,055$] fue significativamente superior al esperado, por lo que hubo una asociación de estos síntomas con la violencia física de pareja.

e) Aparato urinario:

Se preguntó a las mujeres por la persistencia de pérdidas de orina durante el último año. El número de mujeres que padecieron este síntoma fue similar al esperado [$\chi^2(2, N=182)= 1,0; p=0,6$], por ello la incidencia de este síntoma fue independiente de la experiencia de violencia de pareja.

f) Aparato circulatorio:

Se preguntó a las mujeres por la persistencia durante el último año de dolor en el pecho y palpitations. Se encontró una cantidad significativamente mayor de mujeres maltratadas de las que se esperaron por azar presentando ambos síntomas, [$\chi^2(2, N=182)= 26,0; p<0,001$] y [$\chi^2(2, N=182)= 15,1; p<0,005$], respectivamente. Este resultado indicó una asociación entre dichos síntomas y la violencia de pareja.

g) Aparato respiratorio:

Se preguntó a las mujeres por la persistencia durante el último de respiración dificultosa. La cantidad de mujeres maltratadas que presentaron respiración dificultosa [$\chi^2(2, N=182)= 18,3; p<0,001$] fue significativamente superior a la esperada. Por lo que hubo una relación de dicho síntoma con la violencia de pareja.

h) Piel:

La persistencia de prurito y erupciones durante el último año fue preguntada a las mujeres. La cantidad de mujeres que padecieron ambos síntomas fue similar a la esperada [$\chi^2(2, N=182)= 3,1; p=0,2$] y [$\chi^2(2, N=182)= 1,2; p=0,5$]. Por lo que la incidencia de ambos síntomas fue independiente de la violencia de pareja sufrida por las mujeres.

i) Sistema endocrino:

Se preguntó a las mujeres si habían sufrido importantes cambios en el apetito y de peso corporal durante el último año. La cantidad de mujeres maltratadas que presentaron ambos síntomas fue significativamente superior a la esperada [$\chi^2(2, N=182)= 21,8; p<0,001$] y [$\chi^2(2, N=182)= 28,5; p<0,001$]. Este resultado indicó una asociación entre dichos síntomas y la violencia de pareja.

3.4.2. Impacto de la violencia sexual en la percepción de síntomas físicos

Para valorar la concomitancia de la violencia sexual con los otros tipos de violencia sobre la cantidad de síntomas físicos percibidos se llevaron a cabo análisis independientes con cada uno de los grupos de mujeres maltratadas. De manera que cada grupo de mujeres maltratadas fue distribuido en dos grupos en función de la presencia de violencia sexual o no. Los resultados obtenidos indican que no existieron diferencias entre las mujeres psicológicamente maltratadas con o sin concomitancia de violencia sexual [(13,11 \pm 5,0) y (11,6 \pm 7,9); $t(53)=-0,56$ $p=0,6$], ni tampoco entre las mujeres

fisicamente maltratadas con o sin concomitancia de violencia sexual sexual [(14,9 ± 8,2) y (13,0 ± 6,7); $t(73) = -1,05$; $p = 0,3$].

Además, se obtuvieron tablas de contingencia para comprobar si las mujeres que habían sido víctimas de violencia sexual y las que no lo habían sido presentaban diferencias en algunos de los síntomas. Los resultados se muestran en las Tablas 8 y 9.

a) Mujeres psicológicamente maltratadas

El contraste de proporciones entre las mujeres psicológicamente maltratadas que habían sufrido violencia sexual por su pareja ($n=9$) y las que no ($n=46$) permitió comprobar que la concomitancia de violencia sexual influyó en la presencia de algunos síntomas corporales (Tabla 8). La cantidad de mujeres sexualmente maltratadas que padecieron fatiga [$\chi^2(1, N=55) = 4,5$; $p < 0,05$] y dolor de espalda [$\chi^2(1, N=55) = 4,4$; $p < 0,05$] fue significativamente superior a la esperada. El resultado encontrado indicó una asociación de ambos síntomas en las mujeres psicológicamente maltratadas con concomitancia de violencia sexual. Además, se observó una tendencia en las mujeres sexualmente maltratadas, que no llegó a la significación estadística, a padecer visión borrosa [$\chi^2(1, N=55) = 3,6$; $p = 0,056$], dolor vaginal [$\chi^2(1, N=55) = 3,2$; $p = 0,072$], dolor pélvico [$\chi^2(1, N=49) = 3,1$; $p = 0,077$] y pérdida de orina [$\chi^2(1, N=55) = 3,0$; $p = 0,08$]. Por otro lado, se observó una tendencia, que no llegó a la significación estadística, en las mujeres sin maltrato sexual a padecer los síntomas dolor de estómago [$\chi^2(1, N=55) = 3,3$; $p = 0,068$] y estreñimiento [$\chi^2(1, N=55) = 2,9$; $p = 0,085$].

b) Mujeres físicamente maltratadas

Se comparó la proporción de mujeres físicamente maltratadas que habían sido víctimas de violencia sexual por su pareja ($n=24$) con las que no ($n=51$) en la incidencia de los 35 síntomas corporales (Tabla 9). Los análisis realizados permitieron comprobar que la frecuencia de algunos síntomas corporales en las mujeres físicamente maltratadas con concomitancia de violencia sexual fue significativamente superior a la esperada:

Tabla 8. Impacto de la violencia sexual en la percepción de síntomas corporales en el último año por las mujeres psicológicamente maltratadas

	Mujeres sin maltrato sexual (n=46)	Mujeres maltratadas sexualmente (n=9)	Estadísticos
Sistema Nervioso			
Dolor de cabeza	60.9	66.7	$\chi^2(1, N=55)=0,1; n.s$
Mareos	43.5	55.6	$\chi^2(1, N=55)=0,4; n.s$
Entumecimiento	32.6	55.6	$\chi^2(1, N=55)=1,7; n.s$
Temblor de manos	41.3	33.3	$\chi^2(1, N=55)=0,2; n.s$
Zumbido en los oídos	37	33.3	$\chi^2(1, N=55)=0,04; n.s$
Vértigos	39.1	44.4	$\chi^2(1, N=55)=0,09; n.s$
Visión borrosa	23.9	55.6	$\chi^2(1, N=55)=3,6; p=0,056$
Pesadillas	45.7	22.2	$\chi^2(1, N=55)=1,7; n.s$
Sistema Muscular			
Falta de fuerza	50	77.8	$\chi^2(1, N=55)=2,3; n.s$
Fatiga	39.1	77.8	$\chi^2(1, N=55)=4,5; p<0,05$
Calambres	32.6	22.2	$\chi^2(1, N=55)=0,4; n.s$
Dolores musculares	52.2	66.7	$\chi^2(1, N=55)=0,6; n.s$
Dolor de espalda	65.2	100	$\chi^2(1, N=55)=4,4; p<0,05$
Aparato Ginecológico			
Faltas prolongadas menstruación	10.7	0	$\chi^2(1, N=31)=0,3; n.s$
Dolores menstruales	54.2	100	$\chi^2(1, N=27)=2,3; n.s$
Sangrado vaginal	5.7	14.3	$\chi^2(1, N=42)=0,6; n.s$
Dolores vaginales	17.4	44.4	$\chi^2(1, N=55)=3,2; p=0,072$
Dolor al realizar el coito	31.6	66.7	$\chi^2(1, N=22)=1,4; n.s$
Dolor pélvico	12.2	37.5	$\chi^2(1, N=49)=3,1; p<0,077$
Aparato Digestivo			
Nauseas	32.6	44.4	$\chi^2(1, N=55)=0,5; n.s$
Vómitos	23.9	33.3	$\chi^2(1, N=55)=0,3; n.s$
Ardores	37	11.1	$\chi^2(1, N=55)=2,3; n.s$
Dolor de estómago	43.5	11.1	$\chi^2(1, N=55)=3,3; p=0,068$
Diarrea	17.4	11.1	$\chi^2(1, N=55)=0,2; n.s$
Estreñimiento	41.3	11.1	$\chi^2(1, N=55)=3,0; p=0,085$
Gases	43.5	44.4	$\chi^2(1, N=55)=0,003; n.s$
Sangrado anal	10.9	11.1	$\chi^2(1, N=55)=0,000; n.s$
Aparato Urinario			
Pérdidas de orina	10.9	33.3	$\chi^2(1, N=55)=3,0; p=0,08$
Aparato Circulatorio			
Dolor en el corazón o el pecho	52.2	44.4	$\chi^2(1, N=55)=0,2; n.s$
Palpitaciones	43.6	50.7	$\chi^2(1, N=55)=0,5; n.s$
Aparato Respiratorio			
Respiración dificultosa	32.6	44.4	$\chi^2(1, N=55)=0,5; n.s$
Piel			
Picores	13	33.3	$\chi^2(1, N=55)=2,3; n.s$
Erupciones	8.7	11.1	$\chi^2(1, N=55)=0,05; n.s$
Sistema Endocrino			
Cambios de peso corporal	47.8	22.2	$\chi^2(1, N=55)=2; n.s$
Cambios en el apetito	54.3	55.6	$\chi^2(1, N=55)=0,004; n.s$

dolores menstruales [$\chi^2(1, N=39)= 6,3; p<0,05$] y sangrado vaginal [$\chi^2(1, N=61)= 4,6; p<0,05$], indicando una relación de ambos síntomas en las mujeres físicamente

maltratadas con concomitancia de violencia sexual. Además se observó una tendencia, sin llegar a una significación estadística, en las mujeres víctimas de violencia sexual por su pareja a padecer mareos [$\chi^2(1, N=75)= 3,7; p=0,054$], dolor vaginal [$\chi^2(1, N=75)= 3,2; p=0,071$], dolor al realizar el coito [$\chi^2(1, N=40)= 3,0; p=0,085$] y ardores [$\chi^2(1, N=75)= 2,9; p=0,086$]. Por otro lado, se observó una tendencia que no llegó a la significación estadística en las mujeres sin maltrato sexual a padecer estreñimiento [$\chi^2(1, N=75)= 3,3; p=0,069$].

3.4.3. Impacto relativo de la violencia de pareja en la percepción de síntomas físicos

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión jerárquica para comprobar si los diferentes tipos de maltrato predecían la cantidad de síntomas físicos percibidos por las mujeres (Tabla 10). Dado que con la edad el funcionamiento físico se va deteriorando, dicha variable fue introducida en el modelo para controlar su efecto. Además, puesto que el consumo de psicofármacos puede ocasionar como efecto secundario determinados síntomas físicos, dichas variables fueron tenidas en cuenta. El consumo de tabaco fue incluido en el modelo por su relación con diferentes síntomas físicos. Finalmente, puesto que un estudio previo (Tessler & Mechanic, 1978) ha mostrado que los niveles de depresión y de estrés percibido pueden alterar la percepción del funcionamiento del propio cuerpo dichas variables fueron también tenidas en cuenta. Para la realización del análisis de regresión se introdujeron primero las variables control y, tras ellas, las variables predictoras en el siguiente orden, Paso 1: variables control; Paso 2: violencia psicológica, violencia física y violencia sexual. El análisis mostró que tres de las variables control fueron predictores de la percepción de síntomas físicos: la edad ($\beta=-0,25; p<0,01$), los ansiolíticos ($\beta=-0,23; p<0,01$) y el nivel de depresión ($\beta=0,40; p<0,001$). Por otra parte, se encontró que la experiencia de violencia de pareja produjo un aumento de la varianza explicada en la percepción de síntomas físicos [$\Delta R^2=0,10; F(3,119)=7,2; p<0,001$], siendo predictores de los mismos la violencia psicológica ($\beta=0,27; p<0,0001$), la violencia física ($\beta=0,20; p<0,01$) y la violencia sexual ($\beta=0,15; p<0,05$). La dirección de los coeficientes de regresión indicó que

Tabla 9. Impacto de la violencia sexual en la percepción de síntomas corporales en el último año por las mujeres físicamente maltratadas

	Mujeres sin maltrato sexual (n=51)	Mujeres maltratadas sexualmente (n=24)	Estadísticos
Sistema Nervioso			
Dolor de cabeza	60.8	62.5	$\chi^2(1, N=75)=0,02$; n.s
Mareos	47.1	70.8	$\chi^2(1, N=75)=3,72$; $p=0,054$
Entumecimiento	37.3	41.7	$\chi^2(1, N=75)=0,1$; n.s
Temblor de manos	45.1	45.8	$\chi^2(1, N=75)=0,004$; n.s
Zumbido en los oídos	43.1	33.3	$\chi^2(1, N=75)=0,6$; n.s
Vértigos	43.1	45.8	$\chi^2(1, N=75)=0,05$; n.s
Visión borrosa	41.2	33.3	$\chi^2(1, N=75)=0,4$; n.s
Pesadillas	41.2	50	$\chi^2(1, N=75)=0,5$; n.s
Sistema Muscular			
Falta de fuerza	58.8	62.5	$\chi^2(1, N=75)=0,09$; n.s
Fatiga	45.1	58.3	$\chi^2(1, N=75)=1,1$; n.s
Calambres	31.4	45.8	$\chi^2(1, N=75)=1,5$; n.s
Dolores musculares	60.8	62.5	$\chi^2(1, N=75)=0,02$; n.s
Dolor de espalda	72.5	79.2	$\chi^2(1, N=75)=0,4$; n.s
Aparato Ginecológico			
Faltas prolongadas menstruación	19.2	21.4	$\chi^2(1, N=40)=0,03$; n.s
Dolores menstruales	42.3	84.6	$\chi^2(1, N=39)=6,3$; $p<0,02$
Sangrado vaginal	16.7	42.1	$\chi^2(1, N=61)=4,5$; $p<0,05$
Dolores vaginales	21.6	41.7	$\chi^2(1, N=75)=3,2$; $p=0,071$
Dolor al realizar el coito	48.1	76.9	$\chi^2(1, N=40)=3,0$; $p=0,085$
Dolor pélvico	12	13.6	$\chi^2(1, N=72)=0,4$; n.s
Aparato Digestivo			
Nauseas	33.3	37.5	$\chi^2(1, N=75)=0,1$; n.s
Vómitos	15.7	25	$\chi^2(1, N=75)=0,9$; n.s
Ardores	37.3	58.3	$\chi^2(1, N=75)=3$; $p=0,086$
Dolor de estómago	45.1	54.2	$\chi^2(1, N=75)=0,5$; n.s
Diarrea	19.6	33.3	$\chi^2(1, N=75)=1,7$; n.s
Estreñimiento	47.1	25	$\chi^2(1, N=75)=3,3$; $p=0,069$
Gases	39.2	41.7	$\chi^2(1, N=75)=0,4$; n.s
Sangrado anal	11.8	25	$\chi^2(1, N=75)=2,1$; n.s
Aparato Urinario			
Pérdidas de orina	17.6	29.2	$\chi^2(1, N=75)=1,3$; n.s
Aparato Circulatorio			
Dolor en el corazón o el pecho	62.7	54.2	$\chi^2(1, N=75)=0,5$; n.s
Palpitaciones	56.9	37.5	$\chi^2(1, N=75)=2,5$; n.s
Aparato Respiratorio			
Respiración dificultosa	49	45.8	$\chi^2(1, N=75)=0,06$; n.s
Piel			
Picores	9.8	12.5	$\chi^2(1, N=75)=0,1$; n.s
Erupciones	17.6	4.2	$\chi^2(1, N=75)=2,5$; n.s
Sistema Endocrino			
Cambios de peso corporal	52.9	62.5	$\chi^2(1, N=75)=0,6$; n.s
Cambios en el apetito	52.9	62.5	$\chi^2(1, N=75)=0,6$; n.s

puntuaciones altas en violencia psicológica, física y sexual están relacionadas con una mayor cantidad de síntomas físicos percibidos.

Tabla 10. Análisis de regresión de los tipos de violencia de pareja sobre la percepción de síntomas físicos de las mujeres maltratadas y no maltratadas

	R^2	ΔR^2	β
<i>Paso 1</i>	0,48	0,48	
Edad			-0,25**
Antidepresivos			0,15
Ansiolíticos			0,23**
Hipnóticos			0,03
Tabaco			-0,13
Depresión			0,40***
Estrés percibido			0,04
<i>Paso 2</i>	0,57	0,08	
Violencia psicológica			0,27***
Violencia física			0,20**
Violencia sexual			0,15*

β = Coeficientes de regresión estandarizados * $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$

3.4.4. Impacto de la violencia de pareja sobre la incidencia de diferentes enfermedades

Se preguntó a las mujeres sobre la existencia de 17 enfermedades padecidas durante el último año (Tabla 11). Las mujeres sin maltrato tuvieron una media de 1,5 (DT=0,9) enfermedades, las mujeres maltratadas psicológicamente una media de 2,1 (DT=2,2) y las mujeres maltratadas físicamente una media de 2,5 (DT=2,1), siendo la diferencia estadísticamente significativa [$F(2,181)=4,5$; $p<0,02$]. Las pruebas post-hoc mostraron que las mujeres maltratadas físicamente presentaron mayor cantidad de enfermedades ($p<0,02$) que las mujeres maltratadas psicológicamente y las mujeres sin maltrato.

Así mismo, se realizó un análisis de tablas de contingencia para cada enfermedad. Los resultados encontrados se muestran en la Tabla 11. De las 17 enfermedades preguntadas se encontró que 4 de ellas estuvieron relacionadas con haber sufrido algún tipo de maltrato.

a) Enfermedades del aparato ginecológico:

Para los diagnósticos de infertilidad e infecciones de transmisión sexual se tuvieron en cuenta algunas características de las mujeres que requerían su exclusión de los análisis. Las mujeres que habían llegado a la **menopausia**, mujeres **histerectomizadas**, **embarazadas** durante el último año y mujeres que habían utilizado **anticonceptivos orales** durante el último año fueron excluidas de la categoría de infertilidad. Las mujeres **sin relaciones sexuales** durante el último año fueron excluidas de la categoría de infecciones de transmisión sexual. Tras los análisis realizados se comprobó que las categorías de infertilidad [$\chi^2(2, N=71)= 1,7$ p=0,4], infecciones genitales [$\chi^2(2, N=182)= 4,6$; p=0,1] e infecciones de transmisión sexual [$\chi^2(2, N=112)= 3,7$; p=0,1] no estuvieron relacionadas con haber sufrido violencia de pareja.

b) Enfermedades del aparato urinario:

Se preguntó a las mujeres sobre infecciones de orina. Tras el análisis se encontró una mayor cantidad a la esperada de mujeres físicamente maltratadas con infecciones de orina [$\chi^2(2, N=182)= 5,7$; p<0,05], indicando una relación entre esta enfermedad y la violencia física de pareja.

c) Enfermedades del aparato digestivo:

Se preguntó a las mujeres sobre cuatro enfermedades del aparato digestivo. La cantidad de mujeres con gastritis [$\chi^2(2, N=182)= 3,0$; p=0,2] y hemorroides [$\chi^2(2, N=182)= 0,7$; p=0,7] fue similar a la esperada en las mujeres sin maltrato, en las mujeres maltratadas psicológicamente y en las mujeres maltratadas físicamente, indicando una independencia de ambas enfermedades de la violencia de pareja. Sin embargo, la cantidad de mujeres maltratadas con intestino irritable [$\chi^2(2, N=182)= 5,7$; p<0,05] fue superior a la esperada, este resultado indicó que dicha enfermedad estuvo asociada a la violencia de pareja. Finalmente, Los análisis realizados mostraron que la

cantidad de mujeres físicamente maltratadas con úlceras [$\chi^2(2, N=182)= 5,9; p<0,05$] fue superior a la esperada, indicando una relación de esta enfermedad con la violencia física de pareja.

Tabla 11. Enfermedades que presentaron durante el último año las mujeres maltratadas y no maltratadas (%)				
	Mujeres sin maltrato (n=52)	Mujeres maltratadas psicológicamente (n=55)	Mujeres maltratadas físicamente (n=75)	Estadísticos
Cantidad total de enfermedades (Media y DT)	1,5±0,9	2,1±2,2	2,5±2,1	F(2,181)=4,5; p<0,02
Aparato Ginecológico				
Infertilidad	11,8	5	2,9	$\chi^2(2, N=71)=1,7; n.s$
Infecciones genitales	11,5	7,3	20	$\chi^2(2, N=182)=4,6; n.s$
Infecciones de transmisión sexual	0	4,5	7,5	$\chi^2(2, N=112)=3,7; n.s$
Aparato Urinario				
Infecciones de orina	7,7	12,7	22,7	$\chi^2(2, N=182)=5,7; p<0,05$
Aparato Digestivo				
Úlceras	0	3,6	9,3	$\chi^2(2, N=182)=6; p<0,05$
Intestino irritable	1,9	12,7	14,7	$\chi^2(2, N=182)=5,8; p<0,05$
Gastritis	5,8	12,7	16	$\chi^2(2, N=182)=3; n.s$
Hemorroides	30,8	23,6	29,3	$\chi^2(2, N=182)=0,8; n.s$
Aparato Circulatorio				
Arritmia	1,9	21,8	13,3	$\chi^2(2, N=182)=9,6; p<0,01$
Hipertensión	17,3	16,7	21,3	$\chi^2(2, N=181)=0,5; n.s$
Hipotensión	21,2	32,7	32	$\chi^2(2, N=182)=2,2; n.s$
Aparato Respiratorio				
Asma	1,9	5,5	5,3	$\chi^2(2, N=182)=1; n.s$
Bronquitis	1,9	12,7	12	$\chi^2(2, N=182)=4,7; n.s$
Piel				
Eczemas	15,4	13	18,7	$\chi^2(2, N=181)=0,8; n.s$
Psoriasis	1,9	7,3	4	$\chi^2(2, N=182)=1,9; n.s$
Sistema Endocrino				
Diabetes mellitus	3,8	3,6	6,7	$\chi^2(2, N=182)=0,8; n.s$
Otras enfermedades				
Alergia	26,9	25,5	24	$\chi^2(2, N=182)=0,1; n.s$

d) Enfermedades del aparato circulatorio:

Se preguntó a las mujeres sobre tres enfermedades del aparato circulatorio. Se encontró que la cantidad de mujeres con hipertensión [$\chi^2(2, N=182)= 3,0; p=0,2$] e hipotensión [$\chi^2(2, N=182)= 3,0; p=0,2$] fue similar a la esperada en las mujeres sin maltrato, mujeres psicológicamente maltratadas y mujeres físicamente maltratadas, siendo la existencia de dichas enfermedades independiente de la violencia de pareja. Por

otro lado, la cantidad de mujeres maltratadas que presentaron arritmia [$\chi^2(2, N=182)=9,6; p<0,01$] fue superior al esperado, indicando una relación de la violencia de pareja con dicha enfermedad.

e) Enfermedades del aparato respiratorio:

Se preguntó a las mujeres sobre dos enfermedades del aparato respiratorio. La cantidad de mujeres con asma [$\chi^2(2, N=182)=1,1; p=0,6$] y bronquitis [$\chi^2(2, N=182)=4,7; p=0,09$] fue similar a la esperada en todas las mujeres, indicando su independencia de la violencia de pareja.

f) Enfermedades de la piel:

Se preguntó a las mujeres acerca de dos enfermedades de la piel. La cantidad de mujeres con eczemas [$\chi^2(2, N=181)=0,8; p=0,7$] y psoriasis [$\chi^2(2, N=182)=1,9; p=0,4$] fue similar a la esperada en todas las mujeres, indicando su independencia de la violencia de pareja.

g) Enfermedades del sistema endocrino:

La cantidad de mujeres que informaron de padecer diabetes mellitus [$\chi^2(2, N=182)=0,1; p=0,9$] fue similar a la esperada en todas las mujeres, indicando su independencia de la violencia de pareja.

h) Otras enfermedades:

Se preguntó a las mujeres si habían sido diagnosticadas de alergia. Tras el análisis realizado se comprobó que la cantidad de mujeres con alergia [$\chi^2(2, N=182)=0,8; p=0,7$] fue similar a la esperada en todas las mujeres, indicando su independencia de la violencia de pareja.

3.4.5. Impacto relativo de la violencia de pareja en la cantidad de enfermedades

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión jerárquica para comprobar el efecto de los diferentes tipos de violencia sobre la cantidad de enfermedades. Tras controlar el efecto de la edad, el resultado mostró la violencia de pareja produjo un aumento de la varianza explicada [$\Delta R^2 = 0,10$; $F(3,121)=4,63$; $p<0,005$]. Los predictores significativos sobre la cantidad de enfermedades fueron la violencia psicológica ($\beta=0,19$; $p<0,05$) y la violencia física ($\beta=0,24$; $p<0,01$). Dichos coeficientes de regresión indicaron que unas puntuaciones altas en violencia psicológica y física estuvieron relacionadas con una cantidad mayor de enfermedades.

Tabla 12. Análisis de regresión de los tipos de violencia sobre la cantidad de enfermedades en las mujeres maltratadas y no maltratadas

	R^2	ΔR^2	β
<i>Paso 1</i>	0,00	0,00	
Edad			-0,07
<i>Paso 2</i>	0,10	0,10	
Violencia psicológica			0,19*
Violencia física			0,24**
Violencia sexual			0,07

β = Coeficientes de regresión estandarizados * $p<0,05$ ** $p<0,01$

3.4.6. Impacto de la violencia de pareja en la utilización de los servicios de salud

Se obtuvo la siguiente información relacionada con la utilización de los servicios de salud por las mujeres durante el último año: cantidad de intervenciones quirúrgicas, utilización de los servicios de urgencias por agresión o por otros motivos, visitas a los servicios de atención primaria y a especialidades médicas (Tabla 13). La media de intervenciones quirúrgicas fue similar en las mujeres sin maltrato [0,2 (DT= 0,5)], en las mujeres maltratadas psicológicamente [0,2 (DT= 0,4)] y en las mujeres maltratadas físicamente [0,2 (DT=0,4)], no existiendo diferencias significativas [$F(2,181)=0,2$; $p=0,8$]. Así mismo, se encontraron medias similares en la utilización de servicios de urgencia en las mujeres sin maltrato [0,4 (DT=0,7)], en las mujeres maltratadas psicológicamente [0,6 (DT=0,8)] y en las mujeres maltratadas físicamente [1,0 (DT=2,1)], [$F(2,178)=2,4$; $p=0,09$]. Además, se comprobó si entre las mujeres maltratadas la utilización de los servicios de urgencia por agresión fue superior en función de la violencia sufrida, la media de las mujeres maltratadas psicológicamente fue de 0,07 (DT=0,3) y la de las maltratadas físicamente de 0,3 (DT=0,5), siendo la

diferencia estadísticamente significativa [$t(128)=3$; $p<0,01$]. Con respecto a las visitas a los servicios de atención primaria durante el último año se encontró que las mujeres sin maltrato visitaron dichos servicios una media de 4,8 veces (DT=4,5), las mujeres psicológicamente maltratadas una media de 8,5 (DT=12,6) y las mujeres físicamente maltratadas una media de 10,7 (DT=15,6), siendo la diferencia estadísticamente significativa [$F(2,175)=3,2$ $p<0,05$]. Las pruebas post-hoc mostraron que las mujeres físicamente maltratadas realizaron más visitas que las mujeres sin maltrato ($p<0,05$). Por otra parte, las consultas realizadas a especialidades médicas fueron similares en las mujeres sin maltrato [7,8 (DT=27,1)], en las mujeres psicológicamente maltratadas [5,3 (DT=9,6)] y en las mujeres físicamente maltratadas [5,3 (DT=6,7)], [$F(2,180)=0,4$; $p=0,6$].

Tabla 13. Utilización de los servicios de salud por las mujeres maltratadas y no maltratadas (Media y DT)

	Mujeres sin maltrato (n=52)	Mujeres maltratadas psicológicamente (n=55)	Mujeres maltratadas físicamente (n=75)	Estadísticos
Intervenciones quirúrgicas	0,2±0,5	0,2±0,4	0,2±0,4	$F(2,181)=0,2$; n.s
Utilización de los servicios de urgencia	0,4±0,7	0,6±0,8	1±2,1	$F(2,178)=2,4$; n.s
Utilización de los servicios de urgencia por agresión		0,07±0,3	0,3±0,6	$t(128)=3$; $p<0,01$
Visitas a los servicios de atención primaria	4,9±4,5	8,5±12,6	10,7±15,6	$F(2,175)=3,2$; $p<0,05$
Visitas a las especialidades médicas	7,8±27,1	5,3±9,6	5,3±6,8	$F(2,180)=0,4$; n.s

3.5 Impacto de la violencia de pareja en el funcionamiento del sistema inmune

Del total de mujeres que participaron en el estudio se obtuvieron muestras de saliva de 111 distribuidas de la siguiente forma: 37 mujeres sin maltrato, 27 mujeres psicológicamente maltratadas y 47 mujeres físicamente maltratadas.

3.5.1 Volumen de saliva y velocidad de secreción de saliva

En las Tablas 14 y 15 se muestran los resultados referentes al volumen y a la velocidad de secreción de la saliva. El volumen medio de saliva proporcionado por las mujeres sin maltrato fue de 6,1 ml (DT=1,3), las mujeres psicológicamente maltratadas de 6,0 ml (DT=1,5) y las mujeres físicamente maltratadas de 6,3 ml (DT=1,5), no existiendo diferencias significativas entre los grupos [$F(2,70)=0,2$; $p=0,8$]. Además, como se muestra en la Tabla 14, tampoco existieron diferencias entre los grupos en el volumen de saliva de las muestras obtenidas por la mañana y por la tarde.

La media en la velocidad de secreción de saliva en las mujeres sin maltrato fue de 0,6 ml/min (DT=0,4), en las mujeres psicológicamente maltratadas de 0,5 ml/min (DT=0,3) y en las mujeres físicamente maltratadas de 0,6 ml/min (DT=0,5), no existiendo diferencias significativas entre los grupos [$F(2,69)=0,2$; $p=0,8$]. Así mismo, como se muestra en la Tabla 15, tampoco existieron diferencias entre los grupos en la velocidad de secreción de saliva de las muestras obtenidas por la mañana y por la tarde.

La homogeneidad entre los grupos en cuanto al volumen y la velocidad de secreción de la saliva sirve como procedimiento de control y permite una interpretación fiable de las medidas inmunológicas, de manera que el hecho de encontrar diferencias significativas en las medidas inmunológicas no estará relacionado con el método de recogida de las muestras de saliva.

Tabla 14. Volumen de la saliva de las mujeres sin maltrato, mujeres psicológicamente maltratadas y mujeres físicamente maltratadas (Media y DT)

Variable	Mujeres sin maltrato (n=37)	Mujeres psicológicamente maltratadas (n=27)	Mujeres físicamente maltratadas (n=47)	Estadística
Volumen de saliva (ml)				
Media Total	6,1±1,3	6,0±1,5	6,3±1,5	$F(2,70)=0,2$; ns
Dia 1				
Mañana	6,0±1,8	6,4±2,1	6,2±1,8	$F(2,70)=0,2$; ns
Tarde	6,4±1,3	5,6±2,0	6,6±1,6	$F(2,70)=1,6$; ns
Dia 2				
Mañana	6,1±1,6	6,4±1,4	6,2±1,7	$F(2,70)=0,2$; ns
Tarde	6,1±1,4	5,7±1,7	6,1±1,8	$F(2,70)=0,3$; ns

Tabla 15. Velocidad de secreción de la saliva de las mujeres sin maltrato, mujeres psicológicamente maltratadas y mujeres físicamente maltratadas (Media y DT)

Variable	Mujeres sin maltrato (n=37)	Mujeres psicológicamente maltratadas (n=27)	Mujeres físicamente maltratadas (n=47)	Estadística
Velocidad de secreción (ml/min)				
Media Total	0,6 ±0,4	0,5 ±0,3	0,6 ±0,5	F(2,69)=0,2; ns
Día 1				
Mañana	0,6±0,5	0,6±0,4	0,5±0,4	F(2,69)=0,1; ns
Tarde	0,7±0,5	0,5±0,3	0,7±0,6	F(2,69)=0,6; ns
Día 2				
Mañana	0,5±0,4	0,5±0,4	0,6±0,5	F(2,69)=0,2; ns
Tarde	0,6±0,5	0,5±0,4	0,6±0,6	F(2,69)=0,4; ns

3.5.2. Medidas inmunológicas

En la Tabla 16 se muestran los resultados obtenidos tras el análisis inmunológico.

a) Neutralización del virus Hs-1

La media en la neutralización de virus Hs-1 de las mujeres sin maltrato fue de 1,8 (DT=1,2), de las mujeres psicológicamente maltratadas de 1,4 (DT=1,4) y de las físicamente maltratadas de 0,4 (DT=0,7), siendo la diferencia entre los grupos estadísticamente [F(2,110)=19,5; p<0,001] (Gráfica 1). Las pruebas post-hoc revelaron que las mujeres físicamente maltratadas mostraron una menor capacidad de neutralización que las mujeres sin maltrato y las mujeres psicológicamente maltratadas (p<0,001). Esta capacidad de neutralización del virus Hs-1 disminuida en las mujeres físicamente maltratadas es consistente a lo largo de los dos días de obtención de la saliva (Tabla 16). Por otro lado, el porcentaje de mujeres que no mostraron neutralización va en la misma dirección: un 16,2% de las mujeres sin maltrato, un 37% de las mujeres psicológicamente maltratadas y un 74,5% de las físicamente maltratadas.

b) IgA específica para Hs-1

Los niveles obtenidos (Media y DT) en IgA Hs-1 en los diferentes grupos de mujeres se muestran en la Tabla 16. La media de IgA Hs-1 de las mujeres sin maltrato fue de 0,6 (DT=0,5), de las mujeres maltratadas psicológicamente de 0,7 (DT=0,6) y de

Tabla 16. Medidas inmunológicas de las mujeres sin maltrato, mujeres psicológicamente maltratadas y mujeres físicamente maltratadas (Media + DT)

Variables	Mujeres sin maltrato (n=37)	Mujeres psicológicamente maltratadas (n=27)	Mujeres físicamente maltratadas (n=47)	Estadística
Neutralización de virus				
Media Total	1,8 ± 1,2	1,4 ± 1,4 ^{aaa}	0,4 ± 0,7 ^{***}	F(2,110)=19,5; p<0,001
% de mujeres sin Neutralización	16,2	37	74,5	
Día 1	2,0 ± 1,6	1,5 ± 1,6 ^{aaa}	0,3 ± 0,7 ^{***}	F(2,110)=19,7; p<0,001
Día 2	1,6 ± 1,2	1,3 ± 1,4 ^{aa}	0,5 ± 0,9 ^{***}	F(2,110)=11,4; p<0,001
IgA específica para Hs				
Media Total	0,6 ± 0,5	0,7 ± 0,6 ^a	0,4 ± 0,4	F(2,110)=3,7; p<0,03
Día 1	0,6 ± 0,6	0,6 ± 0,6	0,4 ± 0,4	F(2,110)=2,6; p=0,08
Día 2	0,6 ± 0,5	0,8 ± 0,6 ^{aa}	0,4 ± 0,4	F(2,110)=4,3; p<0,02
IgA Total				
Media Total	20.158 ± 16.065	15.304 ± 10.015	32.978 ± 73.123	F(2,110)=1,3; ns
Día 1	21.177 ± 17.452	15.664 ± 10.235	23.862 ± 19.903	F(2,110)=1,9; ns
Día 2	19.140 ± 15.497	14.944 ± 10.756	42.093 ± 136.114	F(2,110)=1,0; ns

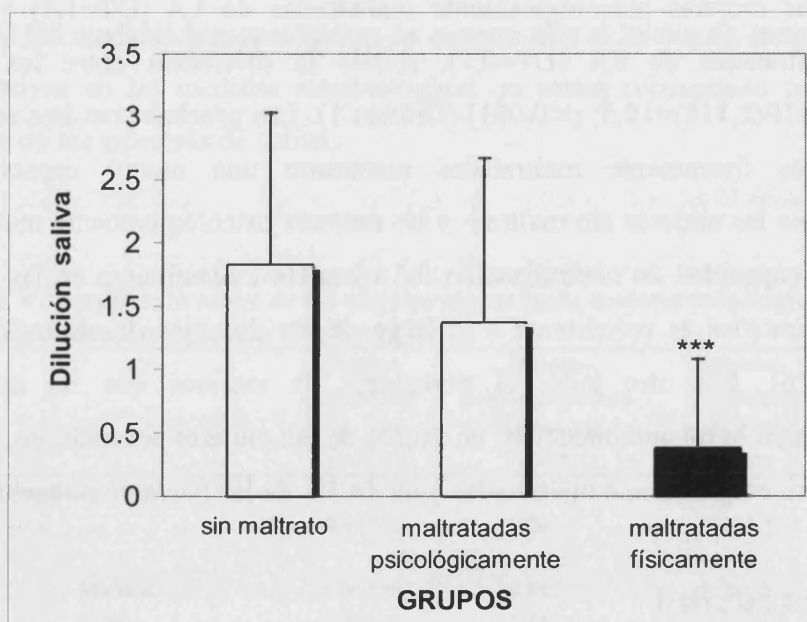
***Difiere de las mujeres sin maltrato p<0,001

^a Difiere de las mujeres físicamente maltratadas p<0,05

^{aa}Difiere de las mujeres físicamente maltratadas p<0,02

^{aaa}Difiere de las mujeres físicamente maltratadas p<0,001

Gráfica 1. Dilución de saliva capaz de neutralizar el virus Hs-1 en mujeres sin maltrato, mujeres psicológicamente maltratadas y mujeres físicamente maltratadas (Media ±DT)

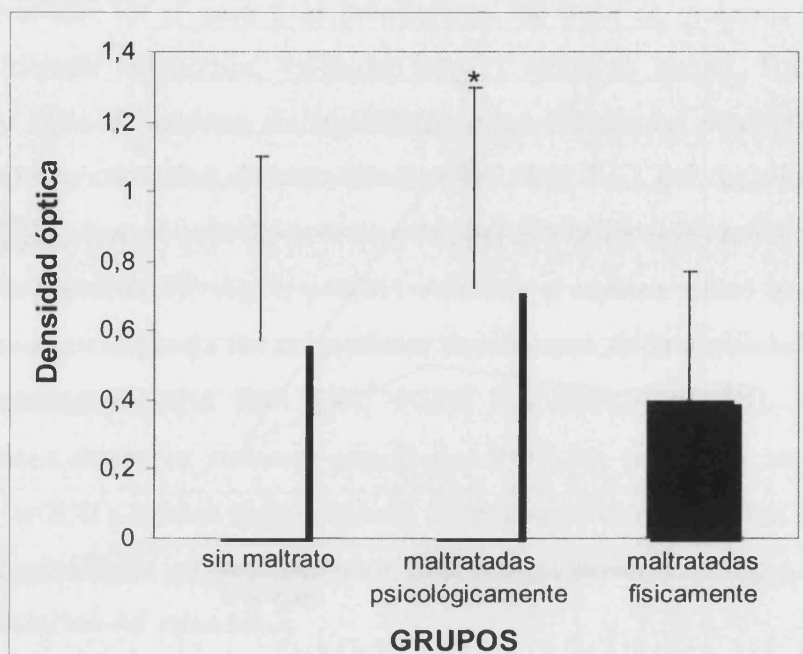


*** Difiere de las mujeres sin maltrato y de las mujeres psicológicamente maltratadas p<0,001

las mujeres maltratadas físicamente de 0,4 (DT=0,4) (Gráfica 2), siendo la diferencia entre los grupos estadísticamente significativa [F(2,110)= 3,7; p<0,05]. Las pruebas post-hoc indicaron que las mujeres psicológicamente maltratadas tenían mayor cantidad

mayor de IgA Hs-1 que las mujeres sin maltrato y las mujeres físicamente maltratadas ($p < 0,05$).

Gráfica 2. Anticuerpo específico para el virus Hs-1 (IgA Hs-1) en mujeres sin maltrato, mujeres maltratadas psicológicamente y mujeres maltratadas físicamente (Media \pm DT)



* Difiere de las mujeres físicamente maltratadas $p < 0,05$

c) IgA total

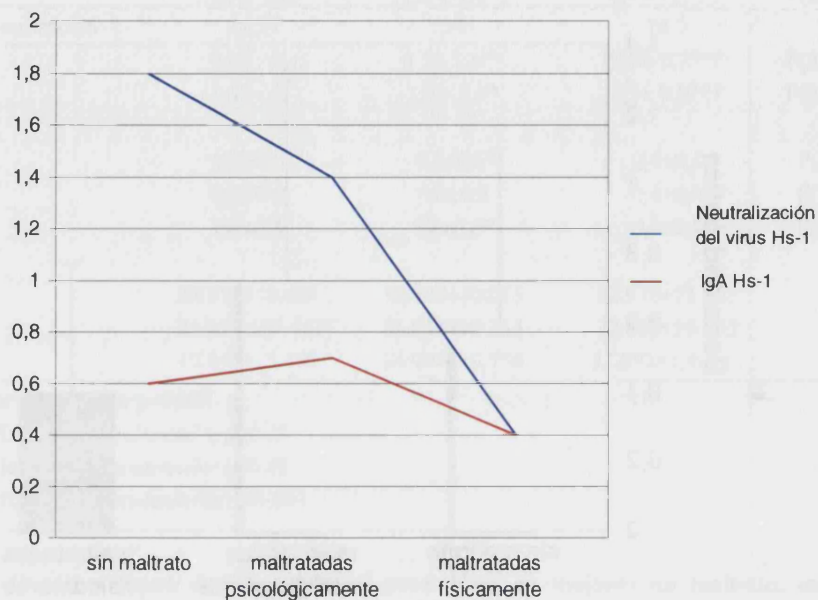
Las medias de la cantidad de IgA total medida en la saliva de los diferentes grupos de mujeres fueron las siguientes: 20.158 (DT=16.065) en las mujeres sin maltrato, 15.304 (DT=10.015) en las mujeres psicológicamente maltratadas y 32.978 (DT=73.126) en las mujeres físicamente maltratadas. Estas diferencias no alcanzaron la significación estadística [$F(2,110)=1.3$; $p=0,27$].

3.5.3. Asociación entre las medidas inmunológicas

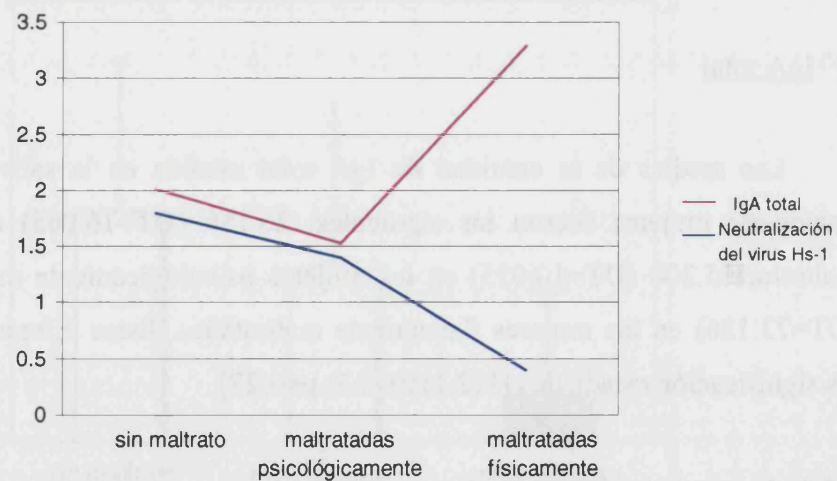
Se obtuvieron coeficientes de correlación de Pearson entre la capacidad de neutralización del virus Hs-1 y las dos mediciones de anticuerpos con la finalidad de conocer el grado de asociación entre estas medidas. La correlación llevada a cabo entre la neutralización del virus Hs-1 y la IgA Hs-1 indicó que ambas medidas no estuvieron

directamente asociadas ($r=0,03$; $p=0,8$) (Gráfica 3). De manera similar, la neutralización del virus Hs-1 no correlacionó con los niveles de IgA total ($r=0,06$; $p=0,5$) (Gráfica 4).

Gráfica 3. Asociación entre la neutralización del virus Hs-1 y la IgA Hs-1 (Medias)



Gráfica 4. Asociación entre la neutralización del virus Hs-1 y la IgA total (Medias)



3.5.4. Efecto de la violencia psicológica, física y sexual sobre el funcionamiento inmunológico

Se llevaron a cabo tres análisis de regresión jerárquica independientes para cada indicador del funcionamiento del sistema inmune: neutralización de virus Hs-1, IgA Hs-

1 e IgA total con el fin de comprobar el impacto de los tres tipos de violencia de pareja sobre los mismos. Los coeficientes de regresión se muestran en las Tablas 17, 18 y 19. En el paso 1 se introdujeron las siguientes variables control: edad, ingesta de fármacos (antidepresivos, ansiolíticos e hipnóticos), consumo de tabaco, nivel de depresión y estrés percibido. En el paso 2 se introdujeron los tipos de violencia en el siguiente orden: violencia psicológica, violencia física y violencia sexual. Tras el análisis se comprobó tanto el consumo de ansiolíticos como los niveles de depresión tenían un efecto sobre la capacidad de neutralización del virus Hs-1 del organismo, siendo una relación positiva en el caso del consumo de ansiolíticos ($\beta=0,26$; $p<0,05$) y negativa en el nivel de depresión ($\beta=-0,37$; $p<0,01$). Además, el análisis indicó que la experiencia de violencia por la pareja fue un predictor significativo de la capacidad del organismo para neutralizar el virus Hs-1 [$\Delta R^2 = 0,13$; $F(3,70)=4,5$; $p<0,01$]. Los predictores significativos fueron la violencia psicológica ($\beta=-0,26$; $p<0,05$) y la violencia física ($\beta=-0,29$; $p<0,01$). Ambos coeficientes de regresión indicaron que altas puntuaciones en violencia psicológica y física estuvieron relacionadas con niveles bajos en la capacidad de neutralización del virus Hs-1.

Tabla 17. Análisis de regresión de los tipos de violencia sobre la capacidad de neutralización del virus Hs-1 de las mujeres maltratadas y no maltratadas

	R^2	ΔR^2	β
<i>Paso 1</i>	0,18	0,18	
Edad			-0,13
Antidepresivos			0,08
Ansiolíticos			0,26*
Hipnóticos			-0,45
Tabaco			-0,49
Depresión			-0,37**
Estrés percibido			-0,13
<i>Paso 2</i>	0,31	0,13	
Violencia psicológica			-2,08*
Violencia física			-2,7**
Violencia sexual			-1,83

β = Coeficientes de regresión estandarizados * $p<0,05$ ** $p<0,01$

El análisis llevado a cabo para comprobar el efecto de la violencia de pareja sobre la cantidad de IgA Hs-1 mostró un incremento significativo de la varianza explicada al introducir en el modelo las variables de violencia [$\Delta R^2 = 0,11$; $F(3,70)=3,1$; $p<0,05$], siendo el principal predictor de la cantidad de IgA Hs-1 la violencia física ($\beta=-0,34$;

$p < 0,01$), indicando que puntuaciones altas en violencia física estuvieron relacionadas con una menor cantidad de IgA Hs-1.

Tabla 18. Análisis de regresión de los tipos de violencia sobre la cantidad de IgA Hs-1 de las mujeres maltratadas y no maltratadas

	R^2	ΔR^2	β
<i>Paso 1</i>	0,06	0,06	
Edad			-0,05
Antidepresivos			-0,03
Ansiolíticos			0,07
Hipnóticos			0,12
Tabaco			0,20
Depresión			-0,00
Estrés percibido			-0,01
<i>Paso 2</i>	0,17	0,11	
Violencia psicológica			-0,29
Violencia física			-2,91*
Violencia sexual			-1,33

β = Coeficientes de regresión estandarizados * $p < 0,01$

En cuanto a la cantidad total de IgA, el análisis de regresión jerárquica mostró que la experiencia de violencia de pareja no tuvo efecto sobre este indicador del funcionamiento del sistema inmune [$\Delta R^2 = 0,60$; $F(3,70) = 1,7$; $p = 0,17$].

Tabla 19. Análisis de regresión de los tipos de violencia sobre la cantidad total de IgA de las mujeres maltratadas y no maltratadas

	R^2	ΔR^2	β
<i>Paso 1</i>	0,11	0,11	
Edad			-0,15
Antidepresivos			-0,22
Ansiolíticos			0,19
Hipnóticos			-0,00
Tabaco			-0,32
Depresión			-0,12
Estrés percibido			0,04
<i>Paso 2</i>	0,17	0,06	
Violencia psicológica			0,06
Violencia física			0,26
Violencia sexual			0,00

β = Coeficientes de regresión estandarizados

3.6. Papel modulador de las estrategias de afrontamiento en el impacto de la violencia sobre la salud de las mujeres.

Se realizó un análisis de regresión con cada predictor significativo (violencia psicológica, física y/o sexual) para cada variable dependiente y para cada modulador. Las variables introducidas en cada paso del análisis se detallan a continuación. En el paso 1 fueron introducidas las variables control, enunciadas en los apartados 3.4.3., 3.4.5. y 3.5.4. de esta sección, donde se explican los resultados del análisis de regresión general y se comprueban los efectos de los tres tipos de violencia sobre las diferentes variables dependientes. En el paso 2 se introdujo la variable predictora, es decir, la violencia psicológica, la violencia física o la violencia sexual. En el paso 3 se introdujo la variable moduladora: estrategias de afrontamiento. Finalmente, en el paso 4 se introdujo el término de interacción, es decir el producto de la variable predictora por el de la variable moduladora.

Los análisis realizados permitieron comprobar si el efecto de la violencia psicológica, la violencia física o la violencia sexual sobre la percepción de síntomas físicos, la cantidad de enfermedades, la neutralización del virus Hs-1 y la cantidad de IgA Hs-1 de las mujeres dependía de los niveles de las siguientes estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres: reestructuración cognitiva, evitación y expresión emocional abierta.

3.6.1. Percepción de síntomas físicos

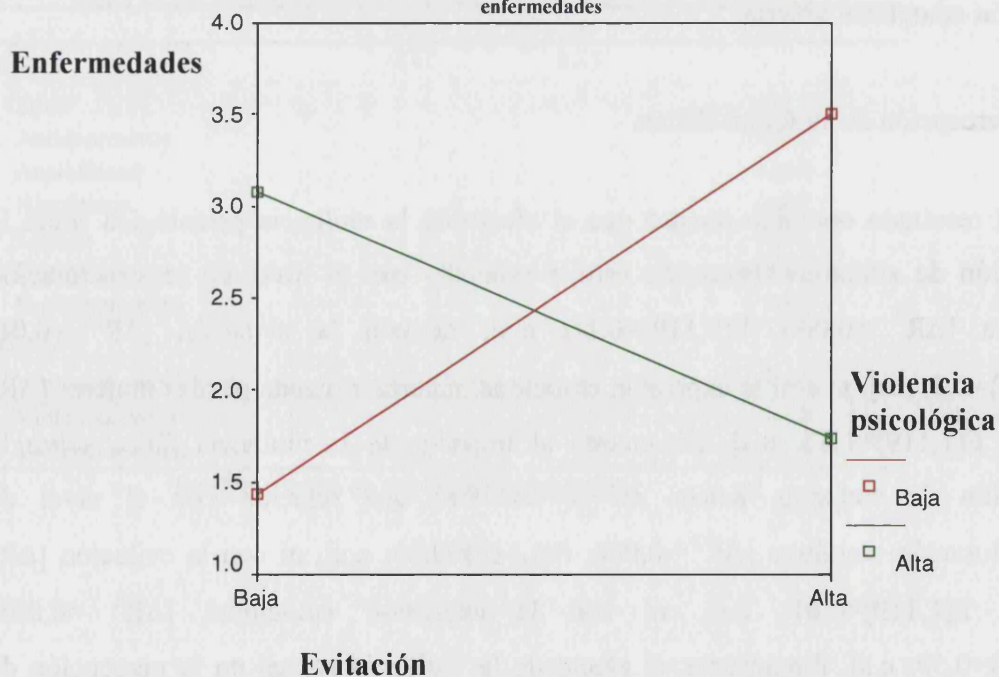
El resultado obtenido mostró que el efecto de la violencia psicológica sobre la percepción de síntomas físicos no estuvo asociado con el nivel de reestructuración cognitiva [$\Delta R^2 = 0,006$; $F(1,119)=0,15$; n.s], ni con la evitación [$\Delta R^2 = 0,01$; $F(1,119)=2,7$; n.s], ni con la expresión emocional abierta utilizada por las mujeres [$\Delta R^2 = 0,009$; $F(1,119)=1,87$; n.s]. En cuanto al impacto de la violencia física sobre la percepción de síntomas físicos no se encontró una relación con el nivel de reestructuración cognitiva [$\Delta R^2 = 0,000$; $F(1,119)=0,09$; n.s], ni con la evitación [$\Delta R^2 = 0,003$; $F(1,119)=0,61$; n.s], ni con la expresión emocional [$\Delta R^2 = 0,003$; $F(1,119)=0,59$; n.s]. Finalmente, el efecto de la violencia sexual en la percepción de síntomas físicos no estuvo asociado con el nivel de reestructuración cognitiva [ΔR^2

=0,003; $F(1,115)=0,66$; n.s], ni con la evitación [$\Delta R^2 =0,005$; $F(1,115)=1.13$; n.s], ni con la expresión emocional abierta [$\Delta R^2 =0,001$; $F(1,115)=0,16$; n.s].

3.6.2. Enfermedades

Tras el análisis se comprobó que el efecto de la violencia psicológica sobre la cantidad de enfermedades no estuvo asociado con el grado de reestructuración cognitiva [$\Delta R^2 =0,001$; $F(1,121)=0,09$; n.s], ni con la expresión emocional abierta [$\Delta R^2 =0,000$; $F(1,119)=0,09$; n.s]. Sin embargo, se encontró una interacción del grado de evitación utilizado por las mujeres en el impacto de la violencia psicológica sobre la cantidad de enfermedades [$\Delta R^2 =0,036$; $F(1,121)=4,67$; $p<0,05$]. Para confirmar la interacción la variable predictora y la moduladora fueron dicotomizadas en: niveles altos y bajos de violencia psicológica y evitación, respectivamente, encontrándose que el efecto de la violencia psicológica sobre la cantidad de enfermedades dependió de los niveles de evitación utilizados por las mujeres [$F(1,46)=16,43$; $p<0.05$]. En concreto, niveles altos de violencia psicológica se asociaron con una mayor cantidad de enfermedades, cuando el nivel de evitación fue bajo. Por el contrario, niveles bajos de violencia psicológica se asociaron con una mayor cantidad de enfermedades cuando el grado de evitación fue alto (Grá

Gráfica 5. Efecto modulador de la evitación en el impacto de la violencia psicológica sobre la cantidad de enfermedades



Finalmente no se encontró una relación entre los niveles de reestructuración cognitiva [$\Delta R^2 = 0,001$; $F(1,121)=0,10$; n.s], ni de evitación [$\Delta R^2 = 0,010$; $F(1,121)=1,33$; n.s], ni de expresión emocional abierta [$\Delta R^2 = 0,010$; $F(1,121)=1,31$; n.s] en el efecto de la violencia física sobre la cantidad de enfermedades.

3.6.3. Neutralización del virus Hs-1

Los resultados del análisis de regresión indicaron que el efecto de la violencia psicológica sobre la neutralización del virus Hs-1 no estuvo asociado con el nivel de reestructuración cognitiva [$\Delta R^2 = 0,004$; $F(1,70)=0,32$; n.s], ni con la evitación [$\Delta R^2 = 0,012$; $F(1,70)=1,18$; n.s], ni con la expresión emocional abierta [$\Delta R^2 = 0,024$; $F(1,70)=2,28$; n.s]. Con respecto al efecto de la violencia física sobre la capacidad de neutralización del virus Hs-1 tampoco se encontró una asociación con el nivel de reestructuración cognitiva [$\Delta R^2 = 0,015$; $F(1,70)=1,45$; n.s], ni con la evitación [$\Delta R^2 = 0,006$; $F(1,70)=0,55$; n.s], ni con la expresión emocional abierta [$\Delta R^2 = 0,002$; $F(1,70)=0,20$; n.s].

3.6.4. Cantidad de IgA Hs-1

Los resultados mostraron que el efecto de la violencia física sobre la cantidad de IgA Hs-1 no estuvo asociado con el grado de reestructuración cognitiva [$\Delta R^2 = 0,012$; $F(1,70)=0,99$; n.s], ni con la evitación [$\Delta R^2 = 0,019$; $F(1,70)=1,63$; n.s], ni con la expresión emocional abierta [$\Delta R^2 = 0,038$; $F(1,70)=3,41$; n.s].

III. DISCUSSION

1. Características de la muestra

El trabajo que se presenta fue realizado con un grupo de mujeres maltratadas con las que se contactó a través de los Centros Mujer 24 horas. Es por tanto, un estudio transversal con una muestra seleccionada. Los estudios realizados con muestras seleccionadas no aleatorizadas tienen el inconveniente de dificultar la generalización de los resultados obtenidos al resto de la población estudiada. Sin embargo, la mayoría de estudios sobre violencia de pareja contra la mujer utilizan muestras seleccionadas de diferentes fuentes tales como casas de acogida (Jaffe et al, 1986; Campbell, 1989a; Eby et al, 1995; Arias & Pape, 1999; Sutherland et al, 2002), grupos de autoayuda, hospitales y comisarías de policía (Follingstad et al, 1991; Bergman et al, 1987; Brokaw et al, 2002), clínicas médicas (Coker et al, 2003), anuncios de periódico (Sutherland et al, 2002) y juzgados (Henning & Klesges, 2003), ya que presentan la ventaja de ser una muestra mas o menos accesible y de posibilitar la obtención de una mayor cantidad de información. A pesar del problema de generalización de los estudios con muestras seleccionadas, existe la posibilidad de seleccionar un grupo control proporcionado al resto de grupos de estudio. Esta estrategia disminuye el sesgo ocasionado por la selección de la muestra permitiendo controlar diferentes variables demográficas. Algunos de los estudios mencionados anteriormente incluyen un grupo de mujeres sin maltrato lo que permite mejorar la calidad de los resultados encontrados en relación a la salud de las mujeres (Jaffe et al, 1986; Bergman et al, 1987; Sutherland et al, 2002; Brokaw et al, 2002). En nuestro estudio se encontró homogeneidad entre los grupos de mujeres en variables demográficas como la edad, el nivel de educación, la ocupación y el número de hijos. Sabiendo que el nivel de salud disminuye con la edad y teniendo en cuenta el principal objetivo de este trabajo es importante que la edad de las mujeres sea similar. En otras variables demográficas como el estado civil y el tipo de familia encontramos más mujeres maltratadas que estaban divorciadas o separadas y viviendo solas o con su familia extensa, siendo este resultado coherente con la experiencia de violencia de pareja.

En general, los estudios de población realizados al azar obtienen información de una muestra amplia. La cantidad de sujetos de un estudio es importante puesto que mejora la potencia de las pruebas estadísticas utilizadas. Los estudios mencionados han sido llevados a cabo con muestras de mujeres de entre 53 (Bergman et al, 1987) a 4.008

participantes (Weaver et al, 1997), aunque la gran mayoría de estudios han sido realizados con una muestra de entre 100 (Jaffe et al, 1986; Campbell, 1989a; Eby et al, 1995; Coker et al, 2003) a 400 participantes (Follingstad et al, 1991; Saunders et al, 1993; Sutherland et al, 2002). La muestra obtenida para la realización de este estudio fue de 182 mujeres, situándose dentro del margen en que se suelen realizar este tipo de estudios y consiguiendo, de este modo, una potencia estadística considerable.

2. Relación con el maltratador/pareja

Nuestros resultados indican que todas las mujeres que participaron en el estudio iniciaron la relación de pareja alrededor de los veintidós años, siendo la duración de la misma en un porcentaje elevado de mujeres de más de 10 años. Sin embargo, en cuanto a la relación de pareja, mientras que en la mayoría de las mujeres sin maltrato la pareja es el marido, solo la mitad de las mujeres maltratadas sigue teniendo una relación de pareja con el maltratador, que en la mayoría de los casos era su marido y en un porcentaje reducido, su pareja de hecho. Además, un mayor porcentaje de mujeres maltratadas se separaron temporalmente y eran económicamente independiente del maltratador en comparación con las mujeres sin maltrato. Finalmente, si bien alrededor de un tercio de las mujeres maltratadas interpusieron denuncia por maltrato, el porcentaje fue mayor en las maltratadas físicamente. Este porcentaje es mucho mayor que la media nacional, ya que mientras según el estudio de población llevado a cabo por el Instituto de la Mujer en el 2002, el número de denuncias interpuestas en el mismo año fue sólo de un 1,8% de las mujeres maltratadas en España. El hecho de que la muestra de nuestro estudio haya sido obtenida Centros Mujer 24 horas explica este alto porcentaje de denuncias.

3. Tipos de violencia experimentada por las mujeres

En el presente estudio se ha medido de manera independiente la experiencia de violencia física, psicológica y sexual, utilizando un listado de ítems en los que la mujer, de forma objetiva, tenía que responder positiva o negativamente. Sin embargo, en la mayoría de los estudios existentes no se especifica el tipo de violencia que la mujer ha experimentado, considerando a la mujer bien como maltratada (“battered women”) o no

maltratada (Hanks & Rosenbaum, 1977; Price & Armstrong, 1978; Rounsaville et al, 1979), siendo en la mayoría de los casos maltratada físicamente. Estos estudios no han evaluado de manera independiente la incidencia de violencia psicológica o sexual (Gayford, 1975; Petro et al, 1978; Pahl, 1979; Bullock et al, 1989; Jaffe et al, 1986; Brokaw et al, 2002), bien por razones teóricas o por razones técnicas debido a limitaciones de los instrumentos de evaluación existentes.

La medición independiente de cada tipo de violencia en el presente estudio ha permitido establecer que todas las mujeres maltratadas físicamente también lo son psicológicamente. Estos resultados coinciden con aquellos estudios que también han medido de forma independiente los tres tipos de violencia (Vitanza et al, 1995; Campbell et al, 1997; Dutton et al, 1999; Sackett & Saunders, 1999; Sutherland et al, 2002, Coker et al, 2003). Por otro lado, también se ha podido establecer la alta incidencia de violencia sexual, que no solo es concomitante con la violencia física (Eby et al, 1995; Sutherland et al, 2002) sino también con la violencia psicológica.

Uno de los resultados a destacar del presente estudio es el haber podido establecer que no existe homogeneidad en el tipo de maltrato que sufren las mujeres, existiendo diferentes grupos de mujeres en función del tipo de violencia al que han estado expuestas: violencia física y psicológica, violencia física, psicológica y sexual, violencia psicológica y violencia psicológica y sexual. Además, en nuestro estudio se ha especificado si la violencia ha tenido lugar durante la convivencia o tras la separación del maltratador. Ello ha permitido establecer que la violencia no cesa con la separación, continuando el 100% de las mujeres expuestas a violencia psicológica.

4. Impacto de la violencia en la salud de las mujeres

4. 1. Medición de los tipos de violencia y su impacto en la salud

El hecho de que en el presente estudio se haya medido de manera independiente los tres tipos de violencia ha permitido establecer su contribución específica al deterioro en el estado de salud de las mujeres. Además, la obtención de información sobre la duración, intensidad y frecuencia de cada tipo de violencia ha permitido obtener una

información más completa que la obtenida si se hubiera medido sólo la presencia o ausencia de cada tipo de violencia.

Sin embargo, las diferencias entre los estudios en cuanto a la medición de los diferentes tipos de violencia da lugar a que la comparación entre los resultados obtenidos con respecto al estado de salud de las mujeres resulte dificultosa. Mientras que la medición de forma independiente de los tres tipos de violencia (física, psicológica y sexual) permite determinar el papel que cada una de ellas juega en el deterioro del estado de salud de las mujeres, la medición de un sólo tipo de violencia o la no distinción entre los tres tipos hace imposible dicha determinación. Dado que no existe ningún estudio sobre el impacto en la salud física que haya medido los tres tipos de violencia de forma separada las comparaciones entre nuestro estudio y los publicados se realizarán con respecto al tipo de violencia medida en dichos estudios.

4.2. Síntomas físicos

En el presente estudio se ha obtenido información sobre la incidencia durante el último año de una serie de síntomas corporales, que han permitido determinar el estado de salud física percibida por las mujeres. Los resultados obtenidos indican que las mujeres maltratadas presentan una mayor incidencia de síntomas físicos que las mujeres sin maltrato, no existiendo diferencias entre las mujeres que han sido maltratadas físicamente y las que han sido maltratadas psicológicamente. Se encontró una relación de la violencia de pareja con todos los síntomas del sistema nervioso y el sistema muscular. También se observó una relación entre la violencia de pareja y algunos síntomas del aparato ginecológico, digestivo, circulatorio, respiratorio y endocrino. Además, se observó una asociación de los síntomas sangrado vaginal, ardores y diarrea con la violencia física de pareja.

Un aspecto importante de estos resultados es que si bien se ha encontrado una relación entre la violencia de pareja y la incidencia de determinados síntomas, no existe un perfil standard que pueda identificar a las mujeres maltratadas, ya que el porcentaje de mujeres que presentan cada síntoma varía entre un 15 y un 75% (por ejemplo, dolor pélvico lo presentan el 16% de las mujeres maltratadas psicológicamente, y el dolor de espalda el 75% de las mujeres maltratadas físicamente). De manera que la forma en

cada mujer responde al estrés que supone la violencia de pareja es muy variada, reflejando diferencias individuales y estando lejos de establecer una categoría diagnóstica de “síndrome de la mujer maltratada”. Ello indica la dificultad de identificar la existencia de violencia de pareja en una mujer por su sintomatología en las visitas a los servicios de salud, siendo mejor identificar la violencia preguntando directamente a la mujer sobre la existencia de la misma.

La comparación de nuestros resultados con los estudios previos resulta difícil debido tanto a las diferencias en los tipos de violencia medidos, variando entre sólo física (Jaffe et al, 1986; Bergman et al, 1987; Lown & Vega, 2001; Brokaw et al, 2002; Helweg-Larsen & Kruse, 2003), sólo violencia psicológica (Nedd, 2000), sólo violencia sexual (Plitcha & Falik, 2001), violencia física y sexual (Eby et al, 1995), o violencia física y psicológica (Follingstad et al, 1991), así como a las diferencias en la evaluación de la incidencia de síntomas físicos percibidos o a través de registros médicos (Bergman et al, 1987; Bergman & Brismar, 1991; Helweg-Larsen & Kruse, 2003). Sin embargo, en general, todos los estudios coinciden en que las mujeres maltratadas presentan mayor incidencia de síntomas físicos que las no maltratadas (Lown & Vega, 2001; Bergman et al, 1987; Brokaw, 2002; Nedd, 2000; Eby et al, 1995), de manera similar, nuestro estudio encontró una mayor incidencia en la percepción de diferentes síntomas físicos. Dadas las discrepancias en la evaluación de la sintomatología de las mujeres a lo largo de las distintas investigaciones, sólo hemos podido establecer que dos síntomas de los encontrados en nuestra investigación coinciden con la literatura existente: pesadillas y respiración dificultosa. Por otro lado, en el estudio de Lown y Vega, 2001, las mujeres maltratadas presentan como síntoma general el dolor, siendo este síntoma exhaustivamente evaluado en nuestro estudio en los diferentes sistemas corporales (por ejemplo: dolor de cabeza, dolores musculares, dolor de espalda, dolores vaginales, dolor al realizar el coito, dolor pélvico, dolor de estómago y dolor en el pecho) y encontrado sistemáticamente en las mujeres maltratadas que participaron en nuestro estudio.

El análisis de regresión realizado indica que los tres tipos de violencia: psicológica, física y sexual contribuyen a la incidencia de síntomas, siendo consistente con los resultados encontrados con respecto a la relación de la violencia de pareja con la incidencia de determinados síntomas corporales. En relación al maltrato sexual el análisis de regresión coincide también con los resultados obtenidos tras comparar las

mujeres maltratadas que han tenido concomitancia de violencia sexual con las que no, ya que se encontró una relación de en las mujeres maltratadas psicológicamente con concomitancia de violencia sexual y los síntomas de fatiga y dolor de espalda, y una asociación entre las mujeres maltratadas físicamente con concomitancia de violencia sexual y los síntomas de dolores menstruales y sangrado vaginal. Este último resultado coincide con el encontrado en el estudio de Eby y colaboradores, 1995.

4.3. Incidencia de enfermedades

La información sobre el diagnóstico de determinadas enfermedades se obtuvo directamente de las mujeres, lo que supone una limitación al carecer de una fuente de información médica. Sin embargo, de las 17 enfermedades sobre cuya incidencia durante el último año que se les preguntó a las mujeres, las mujeres maltratadas presentaron mayor cantidad de enfermedades que las no maltratadas. En cuanto a enfermedades concretas, se encontró una asociación de la violencia de pareja con la incidencia de arritmias e intestino irritable, mientras que las infecciones de orina y las úlceras fueron más frecuente en las mujeres físicamente maltratadas. De los 4 estudios revisados que valoran el diagnóstico de enfermedades sólo se puede comentar que la mayor incidencia de arritmias en las mujeres maltratadas de nuestro estudio está en relación con la mayor probabilidad de padecer ataques cardíacos por las mujeres que han sufrido violencia física como indica el estudio de Lown & Vega, 2001.

El análisis de regresión indica que tanto la violencia física como la psicológica son predictores de una mayor cantidad de enfermedades. Sin embargo, no es posible comparar estos resultados con otros ya que no se dispone de datos en la literatura que determinen la posible predicción de la violencia de pareja sobre el diagnóstico de enfermedades.

Estos resultados sugieren que las consecuencias del estrés psicosocial al que están sometidas las mujeres víctimas de violencia de pareja no sólo causarían un impacto a corto plazo sobre el funcionamiento del organismo sino también un efecto a largo plazo que se traduce en el desarrollo de enfermedades. Sin embargo, en el presente estudio no se obtuvo información sobre la incidencia de enfermedades previas al inicio de la violencia. Ello supone una limitación a la hora de atribuir la mayor incidencia de

enfermedades a la violencia. Estudios posteriores deberían controlar esta información para poder verificar la relación de causalidad de una forma más rotunda. Por otro lado, dicha relación de causalidad sería mucho mejor establecida a través de estudios longitudinales, que no presentan las limitaciones de los estudios transversales

4.4. Utilización de los servicios de salud

La obtención de información en el presente estudio sobre la utilización de los servicios de salud, tanto de urgencias, atención primaria y especialidades médicas como de intervenciones quirúrgicas durante el último año ha permitido determinar un aspecto muy importante del maltrato en la mujer: la mayor utilización de los servicios de salud.

Si bien no existieron diferencias en cuanto a las visitas a los servicios de urgencia cuando no se especifica la razón de las mismas, las mujeres maltratadas físicamente acudieron a dichos servicios con mayor frecuencia durante el último año debido a la violencia que las mujeres psicológicamente maltratadas. En cuanto a las visitas a los Servicios de Atención Primaria, tanto las mujeres maltratadas física como las maltratadas psicológicamente visitaron dichos servicios con mayor frecuencia durante el último año que las mujeres sin maltrato, siendo la frecuencia mucho mayor en las primeras.

Si bien no hubo diferencias en la frecuencia de las visitas a las especialidades médicas, la forma en la que se ha obtenido la información en este estudio presenta la limitación de sólo haber contabilizado una visita por especialidad médica durante el último año. Consideramos que si se hubieran registrado el número de visitas a cada una de las especialidades podría haber dado lugar a otros resultados, en los que se diferenciaran las mujeres maltratadas de las que no lo son.

Nuestros estudios corroboran los estudios que indican una mayor utilización de los servicios médicos por las mujeres víctimas de violencia de pareja (Bergman & Brismar, 1991; Plitcha & Falik, 2001; Brokaw et al, 2002; Helweg-Larsen & Kruse, 2003). Es característico que la no identificación de las mujeres en dichos servicios, y el continuar viviendo en la situación de violencia de lugar a que los síntomas se cronifiquen, requiriendo la utilización reiterada de atención médica para los mismos

problemas de salud. En algunos países se ha calculado el coste que supone la violencia de pareja del hombre contra la mujer para el sistema de salud. Por ejemplo, en EE.UU. se calcula que las mujeres víctimas de este tipo de violencia producen un gasto en el sistema de salud un 92% superior a las mujeres no expuestas a este tipo de violencia. En un estudio realizado por la Junta de Andalucía (2003) el cálculo total del coste que supone la violencia de pareja asciende al 0.92% del Producto Interior Bruto.

5. Impacto de la violencia en el sistema inmune

Si bien la mayoría de los estudios que han determinado el impacto de la violencia de pareja en la salud de las mujeres se han centrado, principalmente, en la salud mental y, en menor proporción, en la salud física, el estudio de su impacto en los sistemas fisiológicos es casi inexistente. Los estudios llevados a cabo hasta la actualidad han utilizado diferentes marcadores biológicos tales como los niveles de cortisol (Seedat S et al, 2003; Pico-Alfonso et al, 2004), la proliferación de linfocitos T (Constantino et al, 2000) y los niveles de hemoglobina y de microcitos (Brockaw et al, 2002). Por ello, en el presente estudio se decidió examinar el control del sistema inmune sobre el virus Hs-1 en mujeres víctimas de violencia de pareja y determinar así, la existencia de un deterioro en dicho sistema.

Las pruebas inmunológicas elegidas para el presente estudio, la capacidad de neutralización del virus Hs-1 y la cantidad de IgA Hs-1, presentan la ventaja de poder llevarse a cabo en muestras de saliva, lo que favoreció la participación de las mujeres a la hora de proporcionar muestras. Existen diferentes estudios que indican que la medición de proteínas en la saliva es tan fiable como su medición en la sangre, si bien la medición en la saliva presenta la ventaja de ser un método de obtención de muestras más sencillo, barato e inócuo (Lawrence, 2002). Por otro lado, la medición de diferentes sustancias en la saliva se ha convertido en un método de primera elección ya que permite la determinación de algunos componentes fisiológicos, tales como la IgA, que se encuentran en las membranas mucosas, las lágrimas y la saliva, pero no en la sangre. En este sentido, algunos estudios han encontrado que la medición de IgA en la saliva es un marcador fiable del funcionamiento inmunológico (Evans, Hucklebridge, Clow & Doyle A, 1995).

Mientras que la determinación de los niveles de IgA en saliva se ha llevado a cabo en diferentes estudios, la neutralización del virus Hs-1 por la saliva y la determinación de los niveles de IgA específica para el virus Hs-1 en saliva no se ha llevado a cabo con anterioridad. Ello dificulta la comparación de los resultados obtenidos en nuestro estudios con otros previos.

En el presente estudio, los resultados indican que la violencia de pareja disminuye la capacidad del sistema inmunológico para neutralizar el virus Hs-1, tanto en las mujeres físicamente maltratadas como en las psicológicamente maltratadas, si bien la disminución fue estadísticamente significativa sólo en las primeras. El análisis de regresión indicó que tanto el maltrato físico como el psicológico son variables predictoras de la disminución en la capacidad de neutralización. Además, el porcentaje de mujeres que mostraron capacidad de neutralización refleja la misma tendencia, ya que mientras la mayoría de las mujeres sin maltrato, el 84%, muestran neutralización, el 63% de las psicológicamente maltratadas y tan sólo el 25% de las físicamente maltratadas la mostraron. Este resultado no puede ser comparado con estudios previos ya que no existen; sin embargo indica que la violencia física y psicológica de pareja tienen un efecto inmunosupresor como el que se ha obtenido sobre otros indicadores del funcionamiento inmunológico en otras situaciones de estrés psicosocial (Cohen et al, 2001).

Si bien se esperaba una disminución en los niveles de IgA Hs-1 en saliva en las mujeres maltratadas físicamente que estuviera asociada con la menor capacidad de neutralización encontrada, tal disminución, aunque se produjo, no fue estadísticamente significativa. Además, tampoco existió asociación entre ambas medidas inmunológicas. Por lo tanto, se considera que la disminución en la capacidad de neutralización de las mujeres físicamente maltratadas está relacionada, más que con la disminución en los niveles de IgA Hs-1, con otros factores antivirales. Se sabe que la saliva contiene proteínas como, por ejemplo, las cistatinas que también tienen la capacidad de neutralizar el virus Hs-1 (Haraszthy, Collins & Bergey, 1995). Además, se ha demostrado que el estrés puede influir en otras propiedades antimicrobianas de la saliva, especialmente relacionadas con la adherencia y crecimiento de bacterias (Bosch, de Geus, Ligtenberg, Nazmi, Veerman, Hoogstraten & Amerongen, 2000).

También se esperaba una disminución en los niveles de IgA Hs-1 en saliva en las mujeres maltratadas psicológicamente, que estuviera asociada a un menor nivel de neutralización, si bien la capacidad de neutralización de las mujeres psicológicamente maltratadas fue intermedia entre las mujeres sin maltrato y las maltratadas físicamente. Sin embargo, los niveles de IgA Hs-1 fueron significativamente más altos, no existiendo asociación entre ambas medidas inmunológicas. Este aumento en los niveles de IgA Hs-1 puede estar relacionado con el hecho de haber utilizado virus latente en la prueba inmunológica. De manera que el hecho de encontrar un aumento de la IgA Hs-1 puede indicar una reactivación del virus por un posible desequilibrio de otros componentes inmunológicos, a diferencia de una supresión de la respuesta humoral como se esperaría con la utilización de otros virus (Stone et al, 1987). Por ello, el aumento en los niveles de IgA Hs-1 puede reflejar el inicio de una respuesta humoral a la reactivación viral similar a otros estudios en los que se han encontrado un aumento de anticuerpos específicos contra el virus Epstein-Barr (Glaser & Kiecolt-Glaser, 1994) y el virus Hs-1 en la sangre (Glaser & Kiecolt-Glaser, 1997) en individuos expuestos a estrés.

En el presente estudio, el análisis de regresión indicó que la única variable predictora del nivel de IgA Hs-1 fue la violencia física, de manera que niveles altos de dicha violencia predecían un menor nivel de IgA Hs-1. Por ello, la discrepancia encontrada en relación con el efecto de la violencia psicológica cuando se presenta sola (el caso de las mujeres maltratadas psicológicamente) y cuando se presenta en combinación con la violencia física (el caso de las mujeres maltratadas físicamente) sobre el nivel de IgA Hs-1 no reflejan un efecto aditivo de ambos tipos de violencia sino una interacción que da lugar a patrones diferentes de respuesta como se ha encontrado en otro tipo de variables de salud (Follingstad, 1991).

Por otro lado, los niveles de IgA total en saliva fueron similares en las mujeres maltratadas y en las mujeres sin maltrato. Estos resultados difieren de la mayoría de los estudios en los que se ha encontrado una disminución de IgA total en saliva en individuos expuestos a estrés (Evans, Bristow, Hucklebridge, Clow & Walters, 1993). Sin embargo, una principal diferencia entre tales estudios y el nuestro es que mientras en aquellos los individuos estuvieron expuestos a estrés agudo, en el nuestro el estrés debido a la violencia de pareja es crónico. Por otro lado, mientras que una de las consecuencias del estrés es el cambio en la velocidad de secreción de saliva, encontrado

en muchos estudios, en el nuestro, el procedimiento seguido en la obtención y el análisis de las muestras de saliva minimizó el efecto que cambios tanto al volumen como a la velocidad de secreción de la saliva pudieran tener en los resultados.

Estos resultados indican que la violencia de pareja produce un importante deterioro en el funcionamiento del sistema inmunológico de las mujeres, lo que puede dar lugar al desarrollo de enfermedades a largo plazo. Por otro lado, el haber diferenciado a las mujeres maltratadas entre las que lo han sido físicamente y las que no, ha permitido determinar un efecto diferencial de la violencia física y psicológica de pareja sobre el sistema inmunológico. La no distinción entre estos dos grupos de mujeres maltratadas podría haber dado lugar a no encontrar diferencias en la respuesta inmune entre las mujeres maltratadas y las mujeres sin maltrato. Finalmente, se considera que son necesarios futuros estudios para determinar cuáles son los mecanismos que subyacen a las alteraciones observadas en el funcionamiento del sistema inmune en las mujeres expuestas al estrés psicosocial crónico que supone la violencia de pareja.

6. Papel modulador de las estrategias de afrontamiento

Diferentes estudios han mostrado que las estrategias de afrontamiento modulan el impacto del estrés en la salud. En general, los resultados indican que tanto las estrategias basadas en el problema como las basadas en la emoción son tipos de afrontamiento activo que se relacionan con una buena salud física y mental (Park & Adler, 2003; Ogul & Gencoz, 2003). Con respecto a la estrategia de evitación se ha encontrado que su utilización se relaciona con depresión, ansiedad y sintomatología física (Billings & Moos, 1980). De forma similar, en mujeres con niveles altos de violencia de pareja se encontró que cuanto mayor fue la utilización de esta estrategia peor autoestima y mayor sintomatología depresiva presentaban (Mitchell & Hodson, 1983).

En el presente estudio se encontró que el efecto de la violencia psicológica sobre la incidencia de enfermedades dependía de los niveles de la estrategia de afrontamiento de evitación. Es decir, utilizar la evitación como estrategia de afrontamiento cuando el nivel de violencia psicológica fue alto resultó saludable. De manera que aquellas

mujeres con niveles altos de violencia psicológica que utilizaron la evitación con mayor frecuencia presentaron una menor cantidad de enfermedades. Este resultado no coincide con estudios previo que relacionan la evitación con peores niveles de salud, considerándola como una estrategia poco saludable. Esta discrepancia puede ser debida al tipo de situación estresante y, sobre todo, del grado de controlabilidad del individuo sobre la fuente de estrés (Laudenslager ML, 1983). En este sentido, se puede argumentar que la violencia de pareja tiene un grado de control mayor que quizá otras situaciones estresantes como, por ejemplo, el diagnóstico de una enfermedad grave. Por otro lado, la discrepancia encontrada puede estar relacionada con el tipo de variable estudiada, no existiendo estudios previos que permitan la comparación con el presente estudio. Por ello, es necesaria la realización de estudios que corroboren la relación encontrada entre la estrategia de evitación y la incidencia de enfermedades, así como estudios que incluyan otras variables moduladoras como el apoyo social.

IV. CONCLUSIONES

1. La violencia de pareja del hombre contra la mujer es una experiencia compleja que incluye violencia psicológica, física y sexual. La violencia física siempre es concomitante con la violencia psicológica. Además, la violencia sexual es concomitante tanto con la violencia física como con la psicológica, aunque es menor proporción.

2. Los tres tipos de violencia de pareja están asociados con una mayor percepción de sintomatología física por parte de la mujer, que incluye síntomas relacionados con el sistema nervioso, el muscular, el circulatorio, el digestivo, el ginecológico, el respiratorio y el endocrino.

3. Tanto la violencia psicológica como la violencia física tienen un alto impacto en la percepción de sintomatología física. Si bien, los síntomas sangrado vaginal, ardores y diarrea sólo están asociados a la violencia física.

4. La concomitancia de violencia sexual con la violencia física o psicológica aumenta la percepción de sintomatología física en la mujer, que en el caso de las mujeres expuestas a violencia psicológica afecta a los síntomas fatiga y dolor de espalda, y, en el caso de las mujeres que son, además, maltratadas físicamente afecta a dolores menstruales y sangrado vaginal.

5. La violencia psicológica y la física está asociada con un aumento en la incidencia de enfermedades en la mujer.

6. La violencia de pareja está asociada con una mayor utilización de los servicios de salud por parte de la mujer.

7. Tanto la violencia psicológica como la física está asociada con una disminución de la capacidad de neutralización del sistema inmune de la mujer frente a la infección del virus Herpes simplex tipo 1 (Hs-1). Si bien esta asociación es mayor cuando las mujeres son maltratadas tanto física como psicológicamente.

8. La violencia física está asociada con una disminución del nivel de IgA específica para el virus Hs-1, mientras que la violencia psicológica está asociada con un aumento del nivel de IgA Hs-1.

9. La evitación como estrategia de afrontamiento amortigua el efecto del maltrato psicológico sobre la cantidad de enfermedades.

V. REFERENCIAS

- Ader R. (2000). On the development of psychoneuroimmunology. *European Journal of Pharmacology*, 405, 167-176.
- Alberdi Olano JF & Andersen E. (1983). Violence to women by their consorts. *Ugeskr Laeger*, 145, 51-53.
- Altemus M, Cloitre M & Dhabhar FS. (2003). Enhanced cellular immune response in women with PTSD related to childhood abuse. *American Journal of Psychiatry*, 160,9, 1705-1707.
- Andrews B & Brown GW. (1988). Marital violence in the community. A biographical approach. *British Journal of Psychiatry*, 153, 305-312.
- Arias I & Pape KT. (1999). Psychological abuse: implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence and Victims*, 14, 1, 55-67.
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J & Erbaugh J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Bennice JA, Resick PA, Mechanic M & Astin M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on post-traumatic stress disorder symptomatology. *Violence and Victims*, 18, 87-94.
- Benschop RJ, Geenen R, Mills PJ, Naliboff BD, Kiecolt-Glaser JK, Herbert TB, van der Pompe G, Miller GE, Matthews KA, Godaert GL, Gilmore SL, Glaser R, Heijnen CJ, Dopp JM, Bijlsma JW, Solomon GF & Cacioppo JT. (1998). Cardiovascular and immune responses to acute psychological stress in young and old women: a meta-analysis. *Psychosomatic Medicine*, 60, 3, 290-296.
- Bergman B & Brismar B. (1991). Suicide attempts by battered wives. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 380-384.
- Bergman B, Larsson G, Brismar B & Klang M. (1987). Psychiatric morbidity and personality characteristics of battered women. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, 678-683.
- Billings AG & Moos RH. (1981). The role of coping responses and social resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavioral Medicine*, 4, 2, 139-157.
- Biondi M. Effects of stress on immune functions: an overview. En *Psychoneuroimmunology*, Ed: Ader R, Felten DL & Cohen N. 3ª Edición. Academic Press. San Diego, CA. 2001, 2, 189, 226.
- Blanchard RJ, McKittrick CR & Blanchard DC. (2001). Animal models of social stress: effects on behavior and brain neurochemical systems. *Physiology and Behavior*, 73, 3, 261-271.

- Blanco P, Ruiz-Jarabo C, Garcia de Vinuesa L & Martin-Garcia M. (2004). Partner violence and women's health. *Gaceta Sanitaria*, 18, 1, 182, 188.
- Bohus B, Koolhaas JM, Heijnen CJ & de Boer O. (1993). Immunological responses to social stress: dependence on social environment and coping abilities. *Neuropsychobiology*, 28, 1-2, 95-99.
- Boletín Oficial del Estado. Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, 2004.
- Brismar B & Tuner K. (1982). Battered women. A surgical problem. *Acta Chirurgica Scandinavica*, 148, 2, 103-105.
- Brokaw J, Fullerton-Gleason L, Olson L, Crandall C, McLaughlin S & Sklar D. (2002). Health status and intimate partner violence: A cross-sectional study. *Annals of Emergency Medicine*, 39, 1, 31-38.
- Bullock L, McFarlane J, Bateman LH & Miller V. (1989). The prevalence and characteristics of battered women in a primary care setting. *Nurse Practitioner*, 14, 6, 47-56.
- Campbell JC. (1989a). The dark consequences of Marital rape. *American Journal of Nursing*, 89, 946-949.
- Campbell JC. (1989b). Women's responses to sexual abuse in intimate relationships. *Health Care for Women International*, 10, 335-346.
- Campbell JC. (1989c). A test of two explanatory models of women's responses to battering. *Nursing Research*, 38,1, 18-24.
- Campbell JC, Kub JE & Rose L. (1996). Depression in battered women. *Journal of American Medical Women's Association*, 51, 3, 106-110.
- Campbell JC., Kub J, Belknap RA & Templin TN. (1997). Predictors of Depression in Battered Women. *Violence Against Women*, 3, 3, 271-293.
- Cannon WB. (1914). The emergency function of the adrenal medulla in pain and the major emotions. *American Journal of Physiology*, 39, 356-372.
- Caño Xavier, Maltratadas. Temas de hoy. Madrid, 1995.
- Carlson NR, Fisiología de la conducta. Ariel. Barcelona, 2002.
- Chapman JD. (1989). A longitudinal study of sexuality and gynecologic health in abused women. *Journal of American Osteopathic Association*, 89, 5, 619-624.
- Christiansen E, & Koch-Nielsen I. Violence against women. Socialforskiningsinstituttet Copenhagen. Denmark, 1992.

- Cohen S, Miller GE & Rabin BS. (2001). Psychological stress and antibody response to immunization: a critical review of the human literature. *Psychosomatic Medicine*, 63, 7-18.
- Coker AL, Watkins KW, Smith PH & Brandt HM. (2003). Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models. *Preventive Medicine*, 37, 259-267.
- Corsi Jorge, *Violencia familiar*. Paidós. Buenos Aires, 1999.
- Counts DA. (1987). Female suicide and wife abuse: a cross-cultural perspective. *Suicide Life Threatening behaviour*. 17, 3, 194-204.
- De Bellis MD, Burke L, Trickett PK & Putnam FW. (1996). Antinuclear antibodies and thyroid function in sexually abused girls. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 2, 369-378.
- de Groot J, van Milligen FJ, Moonen-Leusen BW, Thomas G & Koolhaas JM. (1999). A single social defeat transiently suppresses the anti-viral immune response in males. *Journal of Neuroimmunology*, 1, 95, 143-151.
- Del Abril Alonso A, Ambrosio Flores E & de Blas Calleja MR, *Fundamentos biológicos de la conducta*. Sanz y Torres. Madrid, 2001.
- Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2000/C 364/01), 2000.
- Dickstein LJ. (1988). Spouse abuse and other domestic violence. *Psychiatry Clinics of North America*, 11, 4, 611-28.
- Dutton MA, Goodman LA & Bennett L. (1999). Court-Involved Battered Women's Responses to Violence: The role of psychological, physical, and sexual abuse. *Violence and victims*, 14,1, 89-104.
- Eby KK, Campbell JC & Sullivan CM. (1995). Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 16, 563-576.
- Echeburúa E, Fernandez-Montalvo J & Amor PJ. (2003). Psychopathological profile of men convicted of gender violence: a study in the prisons of Spain. *Interpersonal Violence*, 18, 7, 798-812.
- Echeburúa E & de Corral P. *Manual de violencia familiar*. Siglo XXI de España, Madrid, 1998.
- Eckart RE, Shry EA, Scoville SL, Thompson CM, Stajduhar KC & Kraususki RA. (2004). Cardiopulmonary and mental health diagnoses surrounding the September 11 terrorist acts in a military population. *Military Medicine*, 169, 9, 675-680.

- Engler E & Stefansky V. (2003). Social stress and T cell maturation in male rats: transient and persistent alterations in thymic function. *Psychoneuroendocrinology*, 28, 8, 951-969.
- Everson MP, Kotler S & Blackburn WD Jr. (1999). Stress and immune dysfunction in Gulf war veterans. *Annals of New York Academic Sciences*, 22, 876, 413-418.
- Fano E, Sánchez-Martín JR, Arregi A, Castro B, Alonso A, Brain P & Azpíroz A. (2001). Social stress paradigms in male mice: Variations in behavior, stress and immunology. *Physiology and Behavior*, 73, 165-173.
- Fernandez-Montalvo J, Echeburua E & Amor PJ. (2005). Aggressors against women in prisons and in the community: an exploratory study of a differential profile. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 2, 158-167.
- Follingstad DR, Brennan AF, Hause E.S, Polek DS & Rultdge LL. (1991). Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *Journal of Family Violence*, 6, 1, 81-95.
- Follingstad DR, Hause ES, Rutledge LL & Pollek DS. (1992). Effects of battered women's early responses on later abuse patterns. *Violence and Victims*, 7, 2, 109-128.
- Frazer M. (1986). Domestic violence: a medicolegal review. *Journal of Forensic Science*, 31, 4, 1409-19.
- Galindo E. & Serrano N. (1994). Spain. Women in the world. *Women's Health Newsletters*, 23, 8.
- Garcia-Linares MI, Sánchez-Lorente S, Coe CL & Martinez M. (2004). Intimate partner violence impairs control over Herpes Simplex virus type 1 in physically and psychologically abused women, *Psychosomatic Medicine*, 66, 965-972.
- Gayford JJ. (1975). Wife battering: a preliminary survey of 100 cases. *British Medical Journal*, 1, 5951, 194-7.
- Generalitat Valenciana. Consellería de Bienestar Social. Plan para la Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres, 2001.
- Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Malarkey WB & Sheridan JF. (1998). The influence of psychological stress on the immune response to vaccines. *Annals of New York Academic Sciences*. 1, 840, 649-655.
- Glaser R, Kiecolt-Glaser JK, Speicher CE & Holliday JE. (1985). Stress, lonlines and changes in herpesvirus latency. *Journal of Behavior and Medicine*, 8, 3, 249-260.

- Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. (1997). Chronic stress modulates the virus-specific immune response to latent herpes simplex virus type 1. *Annals of Behavioral Medicine*, 19, 2, 78-82.
- Gleason WJ. (1993). Mental disorders in battered women: an empirical study. *Violence and Victims*, 8, 1, 53-68.
- Goldberg WG & Tomlanovich MC. (1984). Domestic violence victims in the emergency department. New findings. *Journal of American Medical Association*. 251, 24, 3259-64.
- Gorney B. (1989). Domestic violence and chemical dependency: dual problems, dual interventions. *Journal of Psychoactive Drugs*, 21, 2, 229-38.
- Hanks SE & Rosenbaum CP. (1977). Battered women: a study of women who live with violent alcohol-abusing men. *American Journal of Orthopsychiatry*, 47, 2, 291-306.
- Heiskanen M & Piispa M. Faith, Hope, Battering. A survey of men's violence against women in Finland. Ministry of Social Affairs and the Council. Statistics Finland, 1998.
- Helweg-Larsen K & Kruse M. (2003). Violence against women and consequent health problems: a register-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31, 51-57.
- Henning K & Klesges LM. (2003). Prevalence and characteristics of psychological abuse reported by court-involved battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 8, 857-871.
- Herman JP & Cullinan WE. (1997). Neurocircuitry of stress: central control of the hypothalamo-pituitary-adrenocortical axis. *Trends in Neurosciences*, 20, 2, 78-84.
- Hilberman E. (1980). Overview: the "wife-beater's wife" reconsidered. *American Journal of Psychiatry*, 137, 11, 1336-47.
- Hilbert JC & Hilbert HC. (1984). Battered women leaving shelter: which way do they go? A discriminant function analysis. *The Journal of Applied Social Sciences*, 8, 2, 291-97.
- Hollenkamp M & Attala J. (1986). Meeting health needs in a crisis shelter: A challenge to nurses in the community. *Journal of Community Health Nursing*, 3, 4, 201-09.
- Holmes TH & Rahe RH. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hotaling GT & Sugarman DB. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: the current state of knowledge. *Violence and Victims*, 1,2, 101-24.

- Hudson WW & McIntosh SR. (1981). The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and the Family*, 43, 873-885.
- Jaffe P, Wolfe D.A, Wilson S & Zak L.(1986). Emotional and physical health problems of battered women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 625-629.
- Kirkland K. (1982). Assessment and treatment of family violence. *Journal of Family Practice*, 14, 4, 713-8.
- Kirschbaum C, Pirke KM & Hellhammer DH. (1993). The "Trier social stress test" –a tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology*, 28, 1, 2, 76-81.
- Kocot T & Goodman L. (2003). The roles of coping and social support in battered women's health. *Violence Against Women*, 9, 3, 323-346.
- Laudenslager ML. (1983). Coping and immunosuppression: Inescapable but not escapable shock suppresses lymphocyte proliferation. *Science*, 221, 568-570.
- Lazarus RS & Folkman S. *Stress, Appraisal, and Coping*. Springer Publishing Company, New York, 1984.
- Leonard B. (2000). Stress, depression and the activation of the immune system. *World Journal of Biology and Psychiatry*, 1, 1, 17-25.
- Lown EA & Vega WA. (2001). Intimate partner violence and health: self-assessed health, chronic health and somatic symptoms among Mexican American women. *Psychosomatic Medicine*, 63, 352-360.
- Luna A, Ceron M, Osuna E & Banon R. (1990). Violence in the family setting. Analysis of mistreatment of minors and women. *Acta Medicinæ Legalis et Socialis*, 40, 173-81.
- Martinez M, Calvo-Torrent A & Herbert J. (2002). Mapping brain response to social stress in rodents with *c-fos* expression: a review. *Stress*, 5, 1, 3-13.
- Mason JW, Wang S, Yehuda R, Lubin H, Johnson D, Bremner JD, Charney D & Southwick S. (2002). Marked lability in urinary cortisol levels in subgroups of combat veterans with posttraumatic stress disorder during an intensive exposure treatment program. *Psychosomatic Medicine*, 64, 2, 238-246.
- Matalaka KZ. (2003). Neuroendocrine and cytokines-induced responses to minutes, hours, and days of mental stress. *Neurology and Endocrinology Letters*, 24, 5, 283-292.
- McEwen BS. (2000). The neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886, 172-189.

- McLeer SV & Anwar R. (1989). A study of battered women presenting in an emergency department. *American Journal of Public Health*, 79,1, 65-6.
- McNamara JR, Ertl M & Neufeld J. (1998). Problem-solving in relation to abuse by a partner. *Psychology Reports*, 83, 943-946.
- Medina-Ariza J & Barberet R. (2003). Intimate partner violence in Spain, findings from a national survey. *Violence Against Women*, 9, 3, 302-322.
- Mega LT, Mega JL, Mega BT & Harris BM. (2000). Brainwashing and battering fatigue. *North Carolina Medical Journal*, 61, 5, 260-265.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. Sigma Dos. 1999
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. II Plan Integral contra la violencia doméstica, 2001
- Mitchell Re & Hodson CA. (1983). Coping with domestic violence: social support and psychological health among battered women. *American Journal of Community Psychology*, 11, 6, 629-654.
- Need DM. (2000). Self-reported health status and depression of battered. women. *The ABNF Journal*, 12, 2, 32-35.
- Ogul M & Gencoz T. (2003). Roles of perceived control and coping strategies on depressive and anxiety symptoms of Turkish adolescents. *Psychology Reports*, 93, 659-672.
- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Ginebra. 2002.
- Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948.
- Organización de Naciones Unidas. Conferencia Mundial de Derechos Humanos, 1993.
- Organización de Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, 1993
- Padgett DA & Glaser R. (2003). How stress influences the immune response. *Trends in Immunology*, 24, 8, 444-448.
- Padgett DA, Sheridan JF, Dorne J, Berntson GG, Candelora J & Glaser R. (1998). Social stress and the reactivation of the latent herpes simplex virus type 1. *Proceedings of National Academic Sciences*, 95, 7231-7235.
- Park CL & Adler NE. (2003). Coping style as a predictor of health and well-being across the first year of medical school. *Health Psychology*, 22, 6, 627-631.

- Petro JA, Quann PL & Graham WP. (1978). Wife abuse. The diagnosis and its implications. *Journal of American Medical Association*, 240, 3, 240-1.
- Pfouts JH. (1978). Violent families: coping responses of abused wives. *Child Welfare*, 57, 2, 101-11.
- Phal J. (1979). The general practitioner and the problems of battered women. *Journal of Medicine and Ethics*, 5, 3, 117-23.
- Pico-Alfonso M.A, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Herbert J & Martinez M. (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterona in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, 56, 233-240.
- Plan de Igualdad de Oportunidades entre hombres y mujeres. Consellería de Bienestar Social-Generalitat Valenciana. 2001.
- Plan Integral contra la violencia doméstica a nivel nacional. Instituto de la Mujer-Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. 2001.
- Plazaola-Castano J & Ruiz Perez I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina Clinica*, 122, 12, 461-467.
- Plichta SB & Falik M. (2001). Prevalence of violence and its implications for women's health. *Women's Health Issues*, 1, 3, 244-258.
- Price J & Armstrong J. (1978). Battered wives: a controlled study of predisposition. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 12, 1, 43-7.
- Rae-Grant Q. (1983). Family violence-myths, measures and mandates. *Canadian Journal of Psychiatry*, 28, 505-12.
- Raya Ortega L, Ruiz Pérez I, Plazaola Castaño J, Brun López-Abisab S, Rueda Lozano D, García de Vinuesa L, González Barranco JM, Garralon Ruiz LM, Arnalte Barrera N, Lahoz Rallo B, Acemel Hidalgo MD & Carmona Molina MP. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención Primaria*, 34, 3, 117-127.
- Reiche EM, Nunes SO & Morimoto HK. (2004). Stress, depression the immune system and cancer. *Lancet Oncology*, 5, 10, 617-625.
- Resnick HS, Acierno R & Kilpatrick DG. (1997). Health impact of interpersonal violence: medical and mental health outcomes. *Behavioral Medicine*, 23, 65-78.
- Robles TF & Kiecolt-Glaser JK. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiology and Behavior*, 79, 409-416.

- Rounsaville B, Lifton N & Bieber M. (1979). The natural history of a psychotherapy group for battered women. *Psychiatry*, 42, 1, 63-78.
- Rounsaville BJ. (1978). Battered wives: barriers to identification and treatment. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48, 3, 487-94.
- Sackett LA & Saunders DG. (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and Victims*, 14, 1, 105-117.
- Sainz Corton E, Gonzalo Franco S & Gomez Rojo RN. (2005). Salud Mental. *Medicina Clinica*, 1, 124, 1, 39-41.
- Sainz B, Loutsch JM, Marquart ME & Hill JM. (2001). Stress-associated immunomodulation and herpes simplex virus infections. *Medical Hypotheses*, 56, 3, 348-356.
- Salvador A. (2005). Coping with competitive situations in humans. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 195-205.
- Sandi C & Calés JM. Estrés: consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas. Sanz y Torres. Madrid, 2000.
- Sandín B. El estrés psicosocial: conceptos y consecuencias clínicas. Klinik. Madrid. 1999.
- Saunders DG, Hamberger KL & Hovey M. (1993). Indicators of woman abuse based on a chart review at a family practice center. *Archives of Family Medicine*, 2, 537-543.
- Schei B & Bakketeig LS. (1989). Gynaecological impact of sexual and physical abuse by spouse. A study of a random sample of Norwegian women. *British Journal of Obstetrics and Gynaecological*, 96, 12, 1367-9.
- Selye H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 4, 32.
- Shainess N. (1979) Vulnerability to violence: masochism as process. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 2, 174-89.
- Soler E, Barreto P & Gonzalez R. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema*, 17, 2, 267-274.
- Stark E, Flitcraft A & Frazier W. (1979). Medicine and patriarchal violence: the social construction of a "private" event. *International Journal of Health and Services*, 9, 3, 461-93.
- Stefanski V. (1998). Social stress in loser rats: opposite immunological effects in submissive and subdominant males. *Physiology and Behavior*, 15, 63, 4, 605-613.

- Stefanski V. (2000). Social stress in laboratory rats: hormonal responses and immune cell distribution. *Psychoneuroendocrinology*, 25, 4, 389-406.
- Stefansky V, Peschel A & Reber S. (2003). Social stress affects migration of blood T cells into lymphoid organs. *Journal of Neuroimmunology*, 138, 1-2, 17-24.
- Stone AA, Cox DS, Vldimarsdottir H, Jandorf L & Neale JM. (1987). Evidence that secretory IgA antibody is associated with daily mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 5, 988-993.
- Stowell JR, Kiecolt-Glaser JK & Glaser R. (2001). Perceived stress and cellular immunity: when coping counts. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 4, 323-339.
- Straus M & Gelles R. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of the Marriage and the Family*, 48, 465-479.
- Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S & Sugarman DB. (1996). The revised Conflict Tactic Scales (CTS2). *Journal of Family Issues*, 17, 3, 283-316.
- Straus MA. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactic (CT) Scales. *Journal of the Marriage and the Family*, 41, 75-88.
- Strube MJ. (1988). The decision to leave an abusive relationship: Empirical evidence and theoretical issues. *Psychological Bulletin*, 104, 2, 236-50.
- Sutherland C, Bybee D & Sullivan C. (1998). The long-term effects of battering on women's health. *Women's Health: Research on Gender, Behavior and Policy*, 4, 1, 41-70.
- Sutherland CA, Bybee DI & Sullivan CM. (2002). Beyond bruises and broken bones: the joint effects of stress and injuries on battered women's health. *American Journal of Community Psychology*, 30, 609-636.
- Sutherland CA, Bybee DI & Sullivan CM. (2002). Beyond bruises and broken bones: the joint effects of stress and injuries on battered women's health. *American Journal of Community Psychology*, 30, 609-636.
- Symonds A. (1979). Violence against women-the myth of masochism. *American Journal of Psychotherapy*, 33, 2, 161-73.
- Terr LC. (1989). Family anxiety after traumatic events. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50 Suppl, 15-9.
- Tessler R. & Mechanic D. (1978). Psychological distress and perceived health status. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 3, 254-262.

- Tolman RM. (1989). The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence and Victims*, 4, 3, 159-177.
- Vinaccia S, Tobón S, Martínez F & Sandín B. (2001). Estrés y úlcera péptica duodenal en sujetos con helicobacter pylori: un estudio controlado. *Revista Internacional Psicología Clínica y Salud*, 1, 2, 317-331.
- Vitanza S, Vogel LCM & Marshall LL. (1985). Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in absed women. *Violence and Victims*, 10, 1, 23-34.
- Wagner EK & Bloom DC. (1997). Experimental investigation of herpes simplex virus latency. *Clinical Microbiology Reviews*, 10, 3, 419-443.
- Walker, LE. The battered woman syndrome. Springer Publishing Co. New York, 1984.
- Weaver TL, Kilpatrick DG, Resnick HS, Best CL & Saunders BE. Out of the darkness. Contemporary perspectives on family violence. SAGE Publications. Thousand Oaks London New Delhi, 1997.
- Wilson SN, van der Kolk B, Burbridge J, Fislser R & Kradin R. (1999). Phenotype of blood lymphocytes in PTSD suggests chronic immune activation. *Psychosomatics*, 40, 3, 222-225.

VI. APÉNDICES

INSTRUCCIONES DE CÓMO DEPOSITAR LA SALIVA EN LOS TUBOS

SIGA ESTAS INSTRUCCIONES, POR FAVOR

1. ANTES DE DEPOSITAR LA SALIVA EN EL TUBO

NO se cepille los dientes

Enjuáguese la boca con agua durante **2** minutos

2. PARA PRODUCIR BASTANTE SALIVA, CHÚPESE LA LENGUA O LAS MEJILLAS

3. EL TUBO

Debe llenarlo en el lavabo

Debe llenarlo hasta más de la mitad

NO añada nada al tubo

Ponga la fecha, la hora y su nombre en el tubo

4. RELLENE CADA TUBO EN EL TIEMPO QUE SE INDICA A CONTINUACIÓN:

Debe empezar a rellenar el primer tubo siete días después del primer día de menstruación (regla).

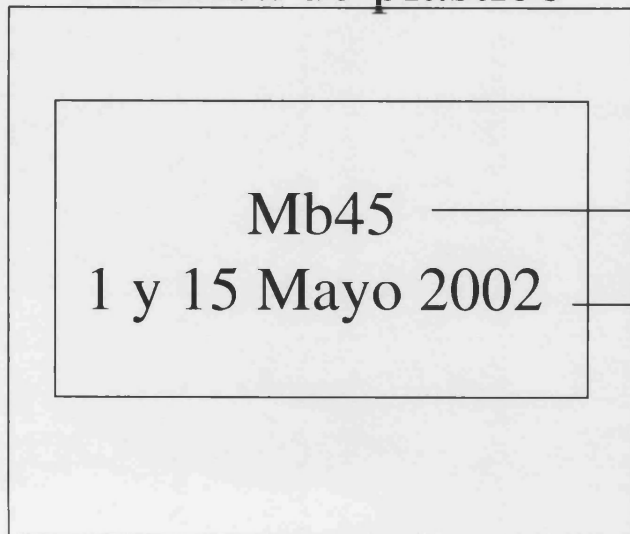
<u>Día 8</u>	Tubo 1	Entre las 8 y las 9 de la mañana
	Tubo 2	Entre las 8 y las 9 de la noche

<u>Día 22</u>	Tubo 3	Entre las 8 y las 9 de la mañana
	Tubo 4	Entre las 8 y las 9 de la noche

5. Ponga el tubo con saliva en la bolsa y guárdelo en el congelador.

6. Traiga todos los tubos al punto de encuentro para la próxima entrevista en el bolso térmico con hielo.

Bolsa de plástico



→ CÓDIGO de la mujer

→ Fecha de las 4 muestras (día 1 y día 2)

→ CÓDIGO de la mujer

→ ROJO: Muestras de la mañana

1 M = día 1

2 M = día 2

→ AZUL: Muestras de la tarde

1 T = día 1

2 T = día 2

TIEMPO: Minutos que la mujer tardó en llenar cada tubo.

