



## Calidad de vida de las mujeres víctimas de violencia del compañero íntimo

Aitor Sanz-Guinea<sup>a</sup>, Javier Mar<sup>a,b</sup>, Mikel Sánchez-Fernández<sup>c</sup>, Mónica Ibáñez González<sup>d</sup>, Miren Josune Ziarrusta<sup>e</sup>, Arantzazu Arrospide<sup>a</sup>

(a) *Unidad de investigación sanitaria de Gipuzkoa Oeste. Hospital Alto Deba.*

(b) *Unidad de Gestión Sanitaria. Hospital Alto Deba.*

(c) *Servicio de Urgencias. Hospital Galdakao-Usansolo.*

(d) *Dirección de Atención a las Víctimas de la Violencia de Género. Departamento de Interior. Gobierno Vasco.*

(e) *Departamento de Sanidad y Consumo [Salud]. Gobierno Vasco.*

Recibido el 15 de septiembre de 2013; aceptado el 25 de septiembre de 2013

### PALABRAS CLAVE

Mujeres maltratadas;  
calidad de vida;  
SF-36;  
salud de la mujer;  
violencia del compañero íntimo

**Resumen:** *Objetivo:* Aunque la violencia ejercida contra las mujeres es una causa reconocida de muerte y lesiones, su naturaleza como problema de salud pública ha sido insuficientemente estudiada. El objetivo de este estudio es medir la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres víctimas de compañero íntimo y compararla con la de la población general equivalente en edad y sexo. *Métodos:* Se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo en una muestra de mujeres víctimas de violencia del compañero íntimo, atendidas por los servicios sociales de los municipios de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Se describió la violencia del compañero íntimo como cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psicológico o sexual a la mujer. El instrumento aplicado fue la encuesta de salud SF-36 para medir la salud relacionada con la calidad de vida y se utilizó como grupo de comparación la población general ajustada por edad y sexo. *Resultados:* Las mujeres víctimas de violencia del compañero íntimo mostraron una calidad de vida relacionada con la salud significativamente peor ( $p < 0,001$ ) que el de la población general vasca en todas las dimensiones. Sus puntuaciones en las dimensiones resumen física y mental fueron de 46,26 y 30,06 respectivamente, mientras que los de la población general se situaron en 51,48 y 48,96. *Conclusiones:* Las dimensiones mentales son las que se ven más afectadas. Los profesionales de la salud deben de dar prioridad al desarrollo de planes atención en salud mental para reducir las secuelas psicológicas y sociales de la violencia de compañero íntimo.

© 2013 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Battered women;  
Quality of life;  
SF-36;  
Women's health;  
Intimate partner violence

## Quality of life of female victims of intimate partner violence

**Abstract:** *Background:* Although intimate partner violence is a recognized cause of death and injury, its nature as a public health problem remains insufficiently studied. The aim of this study is to measure the quality of life related to health of female victims of intimate partner and to compare it with that of the general population adjusted by age and gender. *Methods:* We conducted a cross sectional study in a sample of intimate partner violence victims, cared by base social services in the Basque Country. Intimate partner violence was described as any behavior within an intimate relationship that causes physical, psychological or sexual abuse of women. The instrument applied was the health survey SF-36 to measure health-related quality of life and the general population adjusted for age and sex was used as a comparison group. *Results:* The health related quality of life of these women was significantly worse ( $p < 0.001$ ) than the Basque general population in all dimensions. The scores on the physical and mental summary dimensions were 46.26 and 30.06 respectively, while those in the general population were 51.48 and 48.96. *Conclusions:* Mental dimensions are those most affected. Health professionals must give priority to the development of mental health care plans to reduce the psychological and social aspects of intimate partner violence. © 2013 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

## GILTZA-HITZAK

Gaizki tratatutako emakumeak;  
bizi-kalitatea;  
SF-36a;  
emakumearen osasuna;  
bikotearen bortizkeria-  
ren

## Bikotearen bortizkeria emakume biktimen bizi kalitatea

**Laburpena:** *Helburua:* Nahiz eta emakumeen kontrako bortizkeria heriotza eta lesioen kausa izan, egora hau osasun publikoko arazo bezala ez da nahiko ikertu. Ikerketa honen helburua bikotearen emakume biktimen osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatea neurtzea da eta bere konparapena biztanleri orokorrekarekin adineko eta sexuko baliokidea. *Metodoak:* Euskadiren autonomia-erkidegoaren udalen zerbitzu sozialak arduratutako bikotearen bortizkeriako emakume biktimetako erakusgarri baten zeharkako ikerketa deskribatzailea burutu zen. Bikotearen bortizkeria, bikote erlazio barruan emakumearentzako bortizkeria fisikoa, psikologikoa edo sexuala eragiten duen edozein portaera bezala deskribatu zen. Osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatea neurtzeko tresna sf-36a osasun galdeketa izan zen eta erkaketa-talde bezala adinak eta sexuak estututako biztanleri orokorra erabili zen. *Emaitzak:* Bikotearen bortizkeriako emakume biktimek osasunarekin zerikusia duen bizi-kalitatea nabarmenki txarrago erakutsi zuten ( $p < 0,001$ ) euskal biztanleri orokorrekiko dimentsio guztietan. Bere puntuazioa dimentsio laburpen fisiko eta buruko 46,26 eta 30,06 izan ziren, biztanleri orokorra berriz 51,48 eta 48,96. *Konklusioak:* Buruko dimentsioak gehiago eraginda ikusten direnak dira. Osasuneko profesionalek arreta plan garapenari lehentasuna eman behar diote buruko osasunean bikotearen bortizkeriaren ondorio psikologiko eta sozialak txikiagotzeko.

© 2013 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

## Introducción

La violencia del compañero íntimo (VCI) ejercida contra las mujeres consiste en cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño físico, psicológico o sexual a la mujer<sup>1</sup>. En general, coexisten varios tipos de violencia en la misma relación. La Organización Mundial de la Salud ha caracterizado la violencia de género como un problema de salud prioritario<sup>1</sup>. En este sentido, constituye un importante problema de salud pública, tanto por su creciente incidencia como por las graves consecuencias que tiene en la salud de las mujeres tanto en términos de mortalidad como de morbilidad<sup>2,3</sup>. Por un lado, estas mujeres presentan un riesgo de homicidio mucho mayor a manos de su pareja y especialmente después de salir de la relación<sup>4</sup>. Por otro lado,

sus secuelas se manifiestan en forma de daño físico, trastorno de estrés post-traumático, depresión, ansiedad o tendencias suicidas<sup>5</sup>.

En nuestro país, los datos que se manejan habitualmente son las muertes y denuncias por malos tratos. Estos datos, sin embargo, representan tan sólo la "punta del iceberg" de una realidad mucho más amplia. Estudios nacionales afirman que la VCI es la más prevalente de los diferentes tipos de violencia contra la mujer en España<sup>6</sup>, siendo las mujeres víctimas más propensas a sufrir trastornos psicológicos y al uso de medicamentos<sup>7,8</sup>. Así, el maltrato psicológico, que es el más frecuente y que en muchas ocasiones se produce de forma única, no está adecuadamente reconocido. Sin embargo, se ha demostrado que puede tener un impacto en la

salud de igual o mayor magnitud que los otros tipos de violencia<sup>9-11</sup>.

La violencia de género constituye un importante factor de riesgo para una mala salud<sup>12</sup>. Un estudio realizado en Dinamarca<sup>13</sup>, demostró que la tasa de enfermedades mentales entre las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja o expareja es significativamente mayor que entre las mujeres que tienen contacto con el hospital por otros motivos. En estudios realizados en Irlanda y Australia, este tipo de violencia está fuertemente asociada a la depresión entre mujeres que acuden a las consultas de medicina general<sup>14-15</sup>. Por otro lado en Suecia se publicaron datos indicando que las mujeres que sufren violencia o abuso en la edad adulta tienen más del doble de riesgo de presentar un alto nivel de síntomas comunes de enfermedad física y mental<sup>16</sup>.

La medida de la calidad de vida se ha convertido en una herramienta clave para entender el impacto en la salud de los individuos de las enfermedades no mortales<sup>17</sup>. La mayoría de los autores definen la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como un concepto multidimensional y por ello se ha señalado que su medida debe incluir indicadores de la patología, de las percepciones de salud y del estado funcional, incluyendo las funciones físicas, psicológicas y sociales<sup>17</sup>. En términos generales, la CVRS explica el bienestar de la vida en su conjunto, a partir de una selección de elementos en el dominio de la satisfacción<sup>18</sup> y, por tanto, su valoración permite comparar la salud percibida de grupos de personas que tienen diferentes experiencias de vida y de cultura.

El objetivo de este estudio es medir la CVRS de las mujeres víctimas de VCI y compararla con la de la población general equivalente en edad y sexo.

## Material y métodos

### *Diseño y fuentes de información*

Entre junio de 2010 y marzo de 2011 se llevó a cabo un estudio transversal descriptivo para estimar el impacto en la calidad de vida en una muestra de mujeres víctimas de VCI mediante un cuestionario genérico de CVRS, en nuestro caso el SF 36. Se contactó con los servicios sociales de base de la CAPV, solicitando que facilitasen la cumplimentación de la encuesta a todas aquellas mujeres atendidas durante el periodo de estudio que hubiesen requerido apoyo social. Respondieron a la encuesta 92 mujeres víctimas de VCI (cónyuge, ex cónyuge, compañero sentimental, ex compañero sentimental, novio o ex novio) atendidas por los servicios sociales que aceptaron participar en presente estudio. De estas mujeres 10 no respondieron al cuestionario de manera completa.

### *Variables*

De cada mujer participante se recogieron variables socio-demográficas tales como fecha de nacimiento, lugar de nacimiento, lugar de nacimiento del agresor, re-

lación con el agresor en el momento de la última agresión, duración de la relación con el agresor, ruptura definitiva de la relación, nivel de estudios, personas dependientes a su cargo, situación laboral, tipo de maltrato, asistencia sanitaria en algún momento por la situación de violencia vivida y tiempo en contacto con los servicios sociales en relación con este problema, todas ellas recogidas en la tabla 1. De acuerdo con la literatura se distinguieron dos tipos de maltrato<sup>1</sup>. Por una parte, se clasificó el grupo de mujeres que reconocieron haber sufrido exclusivamente maltrato psicológico y/o económico, denominadas en nuestro estudio Grupo A y por otra las mujeres que admitieron haber padecido maltrato físico y/o sexual independientemente de declarar haber sufrido también maltrato psicológico, denominadas en nuestro estudio Grupo B.

Como cuestionario de calidad de vida se utilizó el Short Form 36 (SF-36) que es un cuestionario genérico usado para valorar la salud a través de ocho dimensiones y que ha sido validado en población española<sup>19,20</sup>. Consiste en 36 preguntas que las mujeres responden en base a una escala de 5 niveles y que da lugar a 8 dimensiones (función física, rol físico, dolor, salud percibida, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental). Las 8 dimensiones se pueden resumir en dos valores resumen: sumario físico (PCS) y sumario mental (MCS).

Las puntuaciones obtenidas en el cuestionario SF 36 se compararon con las observadas para la población de la CAPV ajustadas por edad y sexo en la encuesta de salud del País Vasco del año 2007 (ESCAV 2007) que incluye como medida de calidad dicho cuestionario<sup>21</sup>. Se trata de una encuesta de gran magnitud que actualiza periódicamente el conocimiento acerca de la salud de la población del País Vasco así como los factores que influyen en ella.

### *Análisis de datos*

Para cada una de las diferentes dimensiones del SF-36 en las 92 mujeres estudiadas se calculó su media estandarizada. Para ello, la media de los resultados de nuestra muestra se ajustó a los de la población general, considerando que la media de los valores de la citada población general fuese 50 y 10 su desviación estándar<sup>22</sup>. El cálculo del intervalo de confianza de la media estandarizada se llevó a cabo mediante el método "bootstrap" basado en la generación de múltiples repeticiones del estadístico de interés mediante remuestreo con remplazo de los datos originales<sup>23</sup>.

Para medir la magnitud de la diferencia observada entre los valores de muestra estudiada y los de la población general se utilizó una medida basada en la distribución como es el tamaño de efecto (*effect size*) descrito por Kazis<sup>24</sup>. Se calcula dividiendo la diferencia entre la media de la población general y la de las mujeres víctimas por la desviación típica de la media de la muestra. Cohen ha definido como no significativo un tamaño de efecto menor de 0,2; como pequeño, un tamaño de efecto entre 0,2 y 0,5; como moderado, entre 0,5 y 0,8; y un valor mayor de 0,8 como grande<sup>25</sup>.

El análisis estadístico de las diferencias de las características sociodemográficas entre los dos grupos se llevó a cabo mediante el estadístico chi-cuadrado y se aplicó el estadístico exacto de Fisher en el caso de variables binarias. Para la comparación de las mujeres víctimas y la población general se utilizó la prueba t de Student de comparación de medias o el test no paramétrico de Wilcoxon en caso de no cumplirse el supuesto de normalidad. En la comparación de las medias entre grupos se utilizó este mismo método. El análisis de datos se realizó mediante el paquete estadístico IBM SPSS para Windows (versión 19.0).

## Resultados

La tabla 1 presenta las características sociodemográficas de las mujeres participantes. El 43% manifestó haber tenido una relación de pareja con el agresor que superaba los 10 años de duración y el 67% indicó que había roto definitivamente con la relación. La edad media de las mujeres participantes fue 41 años, mientras que la del agresor fue de 43,3 años. En la tabla 1 se observa asimismo que el 66% de las mujeres tenían por lo menos una persona menor a su cargo. En la tabla 1 se recogen también las características sociodemográficas de las mujeres segmentadas por grupo según el tipo de maltrato. Las diferencias entre grupos resultaron estadísticamente significativas en el requerimiento de asistencia sanitaria, en el origen del agresor, en la ruptura definitiva de la relación con el agresor y en el tiempo en contacto con los servicios sociales. Las mujeres del Grupo B fueron en un mayor porcentaje víctimas de agresores extranjeros, declararon haber roto definitivamente la relación con el agresor, requirieron más asistencia sanitaria y llevaban más tiempo en contacto con los servicios sociales que las mujeres del Grupo A. Las características del tipo de maltrato por grupo se muestran en la tabla 2. El maltrato psicológico se da en 76 casos y coexiste con otro tipo de maltratos en el 65% de los casos. Las mujeres de la muestra estudiada manifestaron una CVRS baja cuando se comparó con la población general vasca ajustada por edad y sexo (Tabla 3). Las diferencias en las dimensiones del SF-36 resultan estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). Las puntuaciones en las dimensiones resumen física y mental fueron de 46,26 y 30,06 respectivamente, mientras que los de la población general se situaron en 51,48 y 48,96. En la escala entre 0 y 100, la media de las dimensiones del SF-36 fue de 81,18 en funcionamiento físico, 55,00 en rol físico, 55,25 en dolor corporal, 54,33 en salud general, 44,43 en vitalidad, 53,57 en función social, 43,89 en rol emocional y 45,89 en salud mental. De acuerdo con los criterios definidos por Cohen para el tamaño de efecto: la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental presentaron un gran cambio en CVRS frente a la población general (Tabla 3). En cuanto al resto de las dimensiones del SF-36 fue moderado. La MCS tiene el mayor tamaño de efecto (1,23).

Las medias estandarizadas de las 8 dimensiones del cuestionario SF-36 de las mujeres víctimas están recogidas en la Tabla 3 y representadas en la Figura 1. La di-

mensión más baja con la puntuación media estandarizada fue la del rol emocional, con una media de 23,76 y un intervalo de confianza de (18,75 - 28,78). Las mujeres víctimas de VCI, mostraron una disminución estadísticamente significativa en las puntuaciones medias ( $p < 0,001$ ) para todas las dimensiones del SF-36 en comparación con las puntuaciones ajustadas por edad y sexo de la población general de la CAPV en 2007.

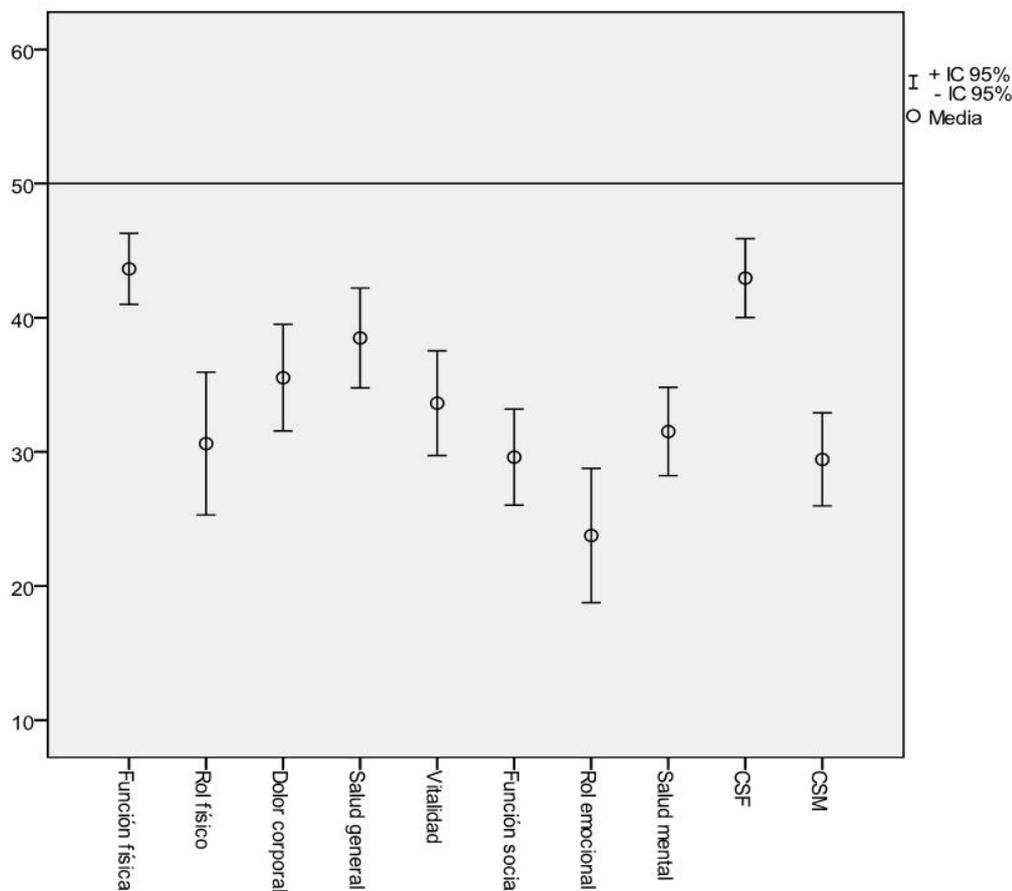
La clasificación por grupo según el tipo de maltrato no diferenció dos grupos con distinta CVRS ya que las diferencias entre ambos grupos no resultaron estadísticamente significativas para ninguna dimensión. Las ocho dimensiones y los dos componentes resumen del cuestionario de CVRS segmentados por grupo están recogidos en la Tabla 4.

## Discusión

De los resultados de este trabajo se deduce que las mujeres víctimas de VCI expresan una CVRS muy baja si se compara con la población general. Esta circunstancia se mantiene a pesar de estar en su mayor parte separadas del agresor. Las ocho dimensiones de la salud relacionada con la calidad de vida de la encuesta SF-36 dan un panorama completo y detallado de la situación de vida de estas personas. Un perfil de CVRS similar se describe en un estudio noruego llevado a cabo con el SF-36 en mujeres acogidas en refugios comunitarios para mujeres maltratadas<sup>22</sup>. La puntuación en todas las funciones mentales es muy baja, mostrando que las mujeres maltratadas sufren interferencias extremas y frecuentes en las actividades sociales normales debido a problemas físicos o mentales. Algunos autores señalan que las puntuaciones bajas en dimensiones de la salud mental podrían ser resultado de depresión, ansiedad y de trastorno de estrés post-traumático<sup>12</sup>. La puntuación del rol emocional es también extremadamente baja, mostrando que las mujeres víctimas de VCI experimentan extremas y frecuentes interferencias en las actividades emocionales normales debido a problemas físicos o mentales.

La dimensión de función física tiene la puntuación más alta, pero sigue siendo significativamente inferior a la de la población general estandarizada por edad y sexo. Esto también se encontró en el citado estudio noruego<sup>22</sup>. Aparte de las propias lesiones físicas, los mayores problemas físicos denunciados por las mujeres han sido relacionados con el sistema reproductivo<sup>12</sup>, dolores crónicos y problemas gastrointestinales<sup>26</sup>.

Los resultados de nuestro estudio muestran un perfil de mujer víctima de VCI que es similar al recogido en el Informe Anual 2010 de la Dirección de Atención a las Víctimas de la Violencia de Género del Departamento de Interior del Gobierno Vasco<sup>27</sup>. Por otro lado, cabe señalar que el hecho de tener alguna persona menor a su cargo en el 55% de los casos y la falta de trabajo remunerado en más del 60% de las víctimas supone dificultades añadidas para su integración social. No obstante, la VCI se manifiesta en mayor medida en los colectivos de mujeres con menor nivel educativo y mayor número de menores a su cargo<sup>28</sup>. Es posible que esta muestra no sea representativa de todo el colectivo de mujeres víctimas



**Figura 1.** Media estandarizada por edad y sexo de las 8 dimensiones del cuestionario SF-36 de las mujeres víctimas de VD. La puntuación media de la población general en la CAPV es de 50 para todas las escalas.

de VCI sino que represente el grupo más afectado y que por tanto busca ayuda institucional<sup>27</sup>. Otra situación distinta sería la de las mujeres que han conseguido el restablecimiento de las dimensiones psico-sociales de su vida, lo que implica la recuperación de recursos personales, necesarios para afrontar una vida socialmente autónoma.

Walker define que la relación de la violencia sigue un ciclo compuesto de tres fases: acumulación de tensión, exposición de tensión y arrepentimiento, las cuales varían en tiempo e intensidad<sup>29</sup>. Sin embargo no hemos encontrado relación entre el tiempo de duración de la relación y el tipo de violencia definido en los grupos de clasificación, quizás por el escaso número de mujeres que constituyen cada grupo. La clasificación grupal de violencia (Grupo A y B) no se ve reflejada en una peor CVRS. Esta circunstancia puede ser debida a la poca potencia de la muestra para detectar como estadísticamente significativas las diferencias encontradas.

Una crítica que se puede realizar al presente trabajo es la baja tasa de respuesta, pero esto es común en este tipo de estudios<sup>30,31</sup>. Esto podría ser causado por la percepción de que la VCI es un asunto privado sobre el que las víctimas no quieren hablar por miedo a que su pareja o expareja se entere. Es cierto que esta limitación puede influir en los resultados por un posible sesgo de selección derivado de la tendencia de las mujeres a negarse

a participar en las encuestas<sup>32</sup>. Sin embargo, la literatura existente descarta que el hecho de ser víctima de violencia esté relacionado con la negativa a participar en encuestas autoadministradas, como el SF-36<sup>33</sup>. Aunque el estudio no pudo profundizar en el papel de la larga exposición de las víctimas a la violencia por ser de tipo transversal, éstas probablemente vivieron de forma aislada y durante mucho tiempo la dominación y el abuso emocional, verbal y físico. Otra limitación del estudio fue la falta de otros instrumentos como los cuestionarios dirigidos al conocimiento de los trastornos psico-afectivos. El motivo de su ausencia, fue la necesidad de limitar la duración de la encuesta para obtener un mayor número de respuestas. La prioridad dada al SF-36 se debió a que es el cuestionario incluido en la encuesta de salud del País Vasco y a que permite obtener tanto dimensiones físicas como mentales.

El carácter reciente del trauma, cualquiera que éste sea, es la variable más relevante y la que hace más probable la presencia del trastorno de estrés posttraumático<sup>34</sup>. Concretamente, el impacto de la VCI tiene paralelismos con el trauma psicológico de ser tomados como rehenes y sometidos a torturas<sup>35,36</sup>. A diferencia de otras reacciones ante situaciones de duelo este cuadro clínico no remite espontáneamente con el transcurso del tiempo y tiende a cronificarse. El conocimiento y la evaluación del daño psicológico, no es una cuestión mera-

mente académica. Se trata de conocer la situación psíquica de la víctima, tratarla adecuadamente, reparar el daño causado, prevenir la revictimización y evitar la creación de nuevas víctimas. Para estas mujeres, los planes de intervención deben ser desarrollados sobre la base de la investigación. Sin embargo, antes de que estos planes se desarrollen, la protección inmediata debe ser proporcionada. La intervención debería incluir la seguridad a largo plazo para las mujeres y sus hijas e hijos, cerca del seguimiento por parte de profesionales de la salud con capacitación y ayuda práctica en la vida diaria.

### Contribuciones de autoría

A. Sanz-Guinea, J. Mar y M. Sánchez-Fernández diseñaron el estudio. A. Sanz-Guinea y J. Mar fueron los redactores principales del manuscrito. A. Sanz-Guinea, A. Arrospide, J. Mar y M. Sánchez-Fernández coordinaron el trabajo de campo. M. Ibáñez González y MJ. Ziarrusta asesoraron y contribuyeron a su conceptualización, diseño e interpretación del estudio. En el análisis de datos han participado A. Sanz-Guinea y A. Arrospide, quienes han realizado una revisión crítica en su análisis. Todos los autores revisaron y aprobaron la redacción del manuscrito final.

### Financiación

Estudio financiado mediante ayuda del Departamento de Sanidad y Consumo [Salud] del Gobierno Vasco.

### Agradecimientos

Agradecemos a todos los trabajadores de los servicios sociales de la comunidad autónoma del País Vasco por su colaboración desinteresada. Nuestro agradecimiento a las 92 mujeres víctimas de violencia del compañero íntimo, participantes anónimas que respondieron a la encuesta.

### Conflicto de intereses

Los autores no presentan ningún conflicto de intereses para la realización de este estudio.

### Bibliografía

- 1 Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R. World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
- 2 Romito P, Molzan TJ, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social Science and Medicine*. 2005; 60: 1717-27.
- 3 Sanmartín J, Molina A, García Y. Informe Internacional 2003. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación. Serie Documentos 5. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. 2002.
- 4 Wilson M, Daly M. Spousal homicide risk and estrangement. *Violence Vict*. 1993; 8: 3-16.
- 5 Kaysen D, Resick AP, Wiise D. Living in danger. The impact of chronic traumatization and the traumatic context on posttraumatic stress disorder. *Trauma Violence Abuse* 2003; 4: 247-64.
- 6 Vives-Cases C, Ruiz-Cantero MT, Escribà-Agüir V, Miralles JJ. The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *Public Health*. 2011; 33:15-21.
- 7 Montero I, Escriba V, Ruiz-Perez I, Vives-Cases C, Martín-Baena D, Talavera M, et al. Interpersonal violence and women's psychological well-being. *J Womens Health*. 2011; 20: 295-301.
- 8 Escribà-Agüir V, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar MI, Vives-Cases C, Plazaola-Castaño J, Martín-Baena D, et al. Partner Violence and Psychological Well-Being: Buffer or Indirect Effect of Social Support. *Psychosom Med*. 2010; 72: 383-9.
- 9 García-Linares MI, Sánchez-Lorente S, Coe CL, Martínez M. Intimate Male Partner Violence Impairs Immune Control Over Herpes Simplex Virus Type 1 in Physically and Psychologically Abused Women. *Psychosomatic Medicine*. 2004; 66: 965-72.
- 10 Pico-Alfonso MA, Garcia-Linares MI, Celda-Navarro N, Herbert J, Martinez M. Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry*. 2004; 56: 233-40.
- 11 Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J. Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic Medicine*. 2005; 67: 791-7.
- 12 Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002; 359: 1331-6.
- 13 Helweg-Larsen K, Kruse M. Violence against women and consequent health problems: A register-based study. *Scand J Public Health*. 2003; 31: 51-7.
- 14 Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Small R. Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: Descriptive, cross sectional survey. *Br Med J*. 2004; 328: 621-4.
- 15 Bradley F, Smith M, Long J, O'Dowd T. Reported frequency of domestic violence: Cross sectional survey of women attending general practice. *Br Med J*. 2002; 324: 1-6.
- 16 Krantz G, Ostergran PO. The association between violence victimisation and common symptoms in Swedish Women. *J Epidemiol Community Health*. 2000; 54: 815-21.
- 17 Wilson IB, Cleary PD. Linking clinical variables with health-related quality of life. A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*. 1995; 273: 59-65.
- 18 Fayers PM, Machin D. Quality of life: Assessment, analysis and interpretation. Chishester: John Wiley, 2000.
- 19 Ware JR, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992; 30: 473-83.
- 20 Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)*. 1995; 104: 771-6.
- 21 Encuesta de Salud del País Vasco (ESCAV 2007). Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco. <http://www.s2.eh.e/s0002>

- con/eu/contenidos/informacion/00002\_publicaciones\_2010\_2012/eu\_2010\_12/adjuntos/Encuesta\_salud\_2007.pdf acceso 3-04-2011.
- 22 Alsaker K, Moen BE, Nortvedt MW, Baste V. Low health-related quality of life among abused women. *Quality of Life Research*. 2006; 15: 959-65.
- 23 Efron B, Tibshirani RJ. *An Introduction to the Bootstrap*. New York: Chapman and Hall, 1993.
- 24 Kazis LE, Anderson JJ, Meenan RF. Effect sizes for interpreting changes in health status. *Med Care*. 1989; 27: S178-89.
- 25 Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press. 1977; 8.
- 26 Krantz G, Ostergran P-O. The association between violence victimization and common symptoms in Swedish Women. *J Epidemiol Community Health*. 2000; 54: 815-21.
- 27 Dirección de atención a las víctimas de violencia de género. *Mujeres víctimas de violencia de género en la CAPV. Balance 2010*. Departamento de interior del gobierno vasco. Vitoria. [http://www.euskadi.net/r33-2287/es/contenidos/informacion/balance\\_2010/es\\_def/adjuntos/informe2010.pdf](http://www.euskadi.net/r33-2287/es/contenidos/informacion/balance_2010/es_def/adjuntos/informe2010.pdf) Acceso 30-05-2011.
- 28 Vives-Cases C, Álvarez-Dardet C, Carmen Vives-Casesa, Gil-González D, Torrubiano-Domínguez J, Rohlfsh I y Escribà-Agüir V. Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*. 2009; 23: 410-4.
- 29 Walker, Lenore E. *The Battered Woman*. New York: Harper and Row. 1979.
- 30 Hegarty K, Sheehan M, Schonfeld C. A multidimensional definition of partner abuse: Development and preliminary validation of the composite scale. *J Family Violence*. 1999; 14: 399-415.
- 31 Johnsen MP. Patriarchal terrorism and common couple violence; two forms of violence against women. *J Marriage Family*. 1995; 57: 283-94.
- 32 Waltermaurer E, Ortega C, McNutt L. Issues in estimating the prevalence of intimate partner violence: assessing the impact of abuse status on participation bias. *Journal of Interpersonal Violence*. 2003; 18:959-74.
- 33 Caetano R, Ramisetty-Mikler S, McGrath C. Characteristics of non-respondents in a US national longitudinal survey on drinking and intimate partner violence. *Addiction*. 2003; 98:791-7.
- 34 Echeburua E, Coral P, Amor PJ. Evaluación del daño psicológico de las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*. 2002; 14: 139-46.
- 35 Kaysen D, Resick AP, WiiseD. Living in danger. The impact of chronic traumatization and the traumatic context on posttraumatic stress disorder. *Trauma Violence & Abuse*. 2003; 4: 247-64.
- 36 Herman JL. *Trauma and recovery*. London: Pandora, 2001.

**Tabla I.**  
**Características sociodemográficas de las mujeres víctimas.**

	<b>Grupo A n=30 (%)</b>	<b>Grupo B n=62 (%)</b>	<b>Total n=92 (%)</b>
<b>Origen mujer</b>			
Nacional	17 (57)	29 (47)	46 (50)
Extranjero	8 (26)	28 (45)	36 (39)
NS/NC	5 (17)	5 (8)	10 (11)
<b>Origen agresor <sup>a</sup></b>			
Nacional	19 (63)	27 (43)	46 (50)
Extranjero	5 (17)	29 (47)	34 (37)
NS/NC	6 (20)	6 (10)	12 (13)
<b>Grupo de edad</b>			
20-29	1 (3)	11 (18)	12 (13)
30-39	13 (43)	22 (35)	35 (38)
40-49	7 (23)	15 (24)	22 (24)
50-59	3 (10)	5 (8)	8 (9)
60-69	1 (3)	4 (6)	5 (5)
NS/NC	5 (17)	5 (8)	10 (11)
<b>Relación</b>			
Esposa	9 (30)	10 (16)	19 (21)
Pareja sentimental	0 (0)	7 (11)	7 (8)
Novia	1 (3)	1 (2)	2 (2)
Ex esposa	10 (33)	17 (27)	27 (29)
Ex pareja sentimental	3 (10)	17 (27)	20 (22)
Ex novia	1 (3)	0 (0)	1 (1)
Otros	1 (3)	5 (8)	6 (7)
NS/NC	5 (17)	5 (8)	10 (11)
<b>Duración de la relación</b>			
Menos de 1 año	0 (0)	2 (3)	2 (2)
Entre 1 y 5 años	6 (20)	14 (23)	20 (22)
Entre 5 y 10 años	5 (17)	15 (24)	20 (22)
Mas de 10 años	14 (47)	26 (42)	40 (43)
NS/NC	5 (17)	5 (8)	10 (11)
<b>Ruptura definitiva <sup>a</sup></b>			
SI	15 (50)	47 (76)	62 (67)
NO	10 (33)	10 (16)	20 (22)
NS/NC	5 (17)	5 (8)	10 (11)

Diferencias estadísticamente significativas entre grupos: a ( $p<0,05$ ); b ( $p<0,001$ ).  
Grupo A: maltrato psicológico y/o económico. Grupo B: maltrato físico y/o sexual.

**Tabla I (sigue).**  
**Características sociodemográficas de las mujeres víctimas.**

	Grupo A n=30 (%)	Grupo B n=62 (%)	Total n=92 (%)
<b>Tiempo en contacto con los servicios sociales <sup>a</sup></b>			
Menos de un mes	5 (17)	7 (11)	12 (13)
Entre 1 y 3 meses	8 (27)	7 (11)	15 (16)
Entre 3 y 6 meses	2 (7)	6 (10)	8 (9)
Mas de 6 meses	8 (27)	36 (58)	44 (48)
NS/NC	7 (23)	6 (10)	13 (14)
<b>Estudios</b>			
Ninguno	0 (0)	3 (5)	3 (3)
Estudios Primarios Incompletos	6 (20)	12 (19)	18 (20)
Estudios Primarios Completos	3 (10)	10 (16)	13 (14)
Estudios Secundarios	4 (13)	13 (21)	17 (18)
Formación Profesional	9 (30)	11 (18)	20 (22)
Estudios universitarios	3 (10)	8 (13)	11 (12)
NS/NC	5 (17)	5 (8)	10 (11)
<b>Situación laboral</b>			
Activa (empleada)	11 (37)	23 (37)	34 (37)
Activa (desempleada)	5 (17)	15 (24)	20 (22)
Jubilada o Pensionista	4 (13)	1 (2)	5 (5)
Tareas domésticas	5 (17)	15 (24)	20 (22)
NS/NC	5 (17)	8 (13)	13 (14)
<b>Requirió Asistencia Sanitaria <sup>b</sup></b>			
SI	6 (20)	38 (61)	44 (48)
NO	19 (63)	18 (29)	37 (40)
NS/NC	5 (17)	6 (10)	11 (12)
<b>Personas dependientes a su cargo</b>			
Ninguno	6 (20)	7 (11)	13 (14)
Mayores	1 (3)	5 (8)	6 (7)
Menores	16 (53)	35 (56)	51 (55)
Mayores y menores	2 (7)	8 (13)	10 (11)
NS/NC	5 (17)	7 (11)	12 (13)

Diferencias estadísticamente significativas entre grupos: a ( $p < 0,05$ ); b ( $p < 0,001$ ).  
 Grupo A: maltrato psicológico y/o económico. Grupo B: maltrato físico y/o sexual.

**Tabla II.**  
**Tipos de maltratos sufridos por las mujeres víctimas.**

	<b>Grupo A</b>	<b>Grupo B</b>	<b>Total</b>
<b>Tipo de maltrato</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Psicológico	25 (83)	51 (82)	76 (83)
Psicológico y Económico	9 (30)	28 (45)	37 (40)
Físico		36 (58)	36 (39)
Sexual		2 (3)	2 (2)
Físico y Sexual		19 (31)	19 (21)
NS/NC			10 (11)
Total		62 (100)	92 (100)

**Tabla III.**  
**Dimensiones del cuestionario SF-36: comparación de las mujeres víctimas y la población general ajustada por edad y sexo.**

<b>SF-36 (n=92)</b>	<b>Media</b>	<b>DT</b>	<b>PGA</b>	<b>Tamaño de efecto</b>	<b>Media estandarizada (IC 95%)</b>
Funcionamiento físico <sup>a</sup>	81.18	23.07	91.91	0.47	43,65 (46,29-41,00)
Rol físico <sup>a</sup>	55	45	88.15	0.74	30,62 (35,94-25,30)
Dolor corporal <sup>a</sup>	55.25	30.96	78.01	0.74	35,53 (39,50-31,56)
Salud general <sup>a</sup>	54.33	24.46	68.96	0.6	38,49 (42,21-34,77)
Vitalidad <sup>a</sup>	44.43	24.39	65.46	0.86	33,63 (37,54-29,73)
Funcionamiento social <sup>a</sup>	53.57	32.24	89.64	1.12	29,61 (33,18-26,03)
Rol emocional <sup>a</sup>	43.89	42.87	90.77	1.09	23,76 (28,78-18,75)
Salud mental <sup>a</sup>	45.89	23.25	72.15	1.13	31,52 (34,82-28,22)
Sumario físico estandarizado <sup>a</sup>	46.26	11.95	51.48	0.44	42,96 (45,90-40,02)
Sumario mental estandarizado <sup>a</sup>	30.06	15.36	48.96	1.23	29,44 (32,90-25,97)

DT: desviación típica de la media de la muestra. PGA: puntuación población general ajustada por edad y sexo. Grupo A: maltrato psicológico y/o económico. Grupo B: maltrato físico y/o sexual.

<sup>a</sup> diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre las mujeres víctimas y la población general equivalente por edad y sexo.

**Tabla IV.**  
**Dimensiones del SF-36: comparación entre grupos.**

SF-36	Grupo A		Grupo B		Diferencia
	Media	DT	Media	DT	
	n=24		n=55		
Funcionamiento físico <sup>a</sup>	79	23.15	80.22	23.76	-1.22
Rol físico <sup>a</sup>	46.88	46.22	54.46	44.49	-7.58
Dolor corporal <sup>a</sup>	54.8	27.28	52.67	31.92	2.13
Salud general <sup>a</sup>	52.81	21.95	52	25.09	0.81
Vitalidad <sup>a</sup>	41.27	27.06	43.71	23.34	-2.44
Funcionamiento social <sup>a</sup>	52	30.76	53.29	33.03	-1.29
Rol emocional <sup>a</sup>	35.42	41.21	42.86	41.54	-7.44
Salud mental <sup>a</sup>	40.32	21.76	46.25	23.98	-5.93
Sumario físico estandarizado <sup>a</sup>	45.93	10.71	45.49	12.47	0.44
Sumario mental estandarizado <sup>a</sup>	26.65	14.93	30.33	15.32	-3.68

DT: desviación típica de la media de la muestra.

Grupo A: maltrato psicológico y/o económico. Grupo B: maltrato físico y/o sexual.

<sup>a</sup> diferencias estadísticamente no significativas ( $p > 0,05$ ) entre grupos.