

DEPARTAMENT DE PSICOBIOLOGIA

ESTUDIO LONGITUDINAL DEL IMPACTO DE LA
VIOLENCIA DE PAREJA SOBRE LA SALUD FÍSICA Y EL
SISTEMA INMUNE DE LAS MUJERES.

SEGUNDA SÁNCHEZ LORENTE

UNIVERSITAT DE VALÈNCIA
Servei de Publicacions
2009

Aquesta Tesi Doctoral va ser presentada a València el dia 29 de setembre de 2009 davant un tribunal format per:

- Dra. Rosa Redolat Iborra
- Dr. Francisco Javier Rodríguez Díaz
- Dra. Arantza Azpiroz Sánchez
- Dra. M^a del Carmen Vives Cases
- Dra. Esperanza González Bono

Va ser dirigida per:
Dra. Manuela Martínez Ortiz

©Copyright: Servei de Publicacions
Segunda Sánchez Lorente

Dipòsit legal: V-4186-2010
I.S.B.N.: 978-84-370-7709-3

Edita: Universitat de València
Servei de Publicacions
C/ Arts Gràfiques, 13 baix
46010 València
Spain
Telèfon:(0034)963864115

VNIVERSITAT  VALÈNCIA

Facultat de Psicologia



**Estudio longitudinal del impacto de la
violencia de pareja sobre la salud física y
el sistema inmune de las mujeres**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:
Segunda Sánchez Lorente

Dirigida por:
Dra. Manuela Martínez Ortiz

Valencia, Mayo de 2009



VNIVERSITATIS VALÈNCIAE

**Facultad de Psicología
Departamento de Psicobiología
Blasco Ibañez, 21
46010. Valencia.**

La Doctora D^a Manuela Martínez Ortíz, Profesora Titular del Departamento de Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universitat de València,

CERTIFICA:

Que la Tesis Doctoral presentada por D^a Segunda Sánchez Lorente, con el título “Estudio longitudinal del impacto de la violencia de pareja sobre la salud física y el sistema inmune de las mujeres”, ha sido realizada bajo su dirección. Tras haberla examinado, hace constar su autorización para que se realicen los trámites conducentes a su defensa.

Y para que conste a los efectos oportunos, firma el presente certificado a 20 de mayo de 2009.

Fdo.: Dra. Manuela Martínez Ortíz

*“El amor no da sino a sí mismo
y nada toma sino de sí mismo.
El amor no posee ni quiere ser poseído.
Porque al amor se basta en el amor”.*

Khalil Gibran. El profeta.

A mis padres, Manuel y M^a Agustina,
verdaderos maestros en el arte de amar.

A Vi, mi compañero excepcional
en el camino de la vida.

A Noah, mi dulce niña.

Agradecimientos

A lo largo del tiempo transcurrido desde que comencé el Doctorado han sido numerosas las personas que me han acompañado en el camino y que, de una u otra manera, han contribuido a que esta Tesis siguiera adelante. A todas ellas quiero agradecerles su colaboración.

En primer lugar, quiero dar las gracias a mi directora de Tesis, la Dra. Manuela Martínez Ortiz, por sus valiosos conocimientos transmitidos, así como por su inestimable ayuda durante la realización de este trabajo. Y, cómo no, agradecer también a mis compañeras de investigación Marigel, Conchín, Maribel, Francis y Nuria los buenos momentos compartidos.

Gracias a mi familia por su permanencia incondicional durante este tiempo. A pesar de la distancia, siempre me he sentido arropada por su cariño y su calidez humana. A Vi, por su amor incondicional y su inagotable paciencia. A mi pequeña Noah, por regalarme momentos tan dulces y tan mágicos durante estos últimos meses, momentos que han sido una gran ayuda para la finalización del presente trabajo.

A Leticia, por su amistad y cariño desde la infancia.

A mis compañeros/as del Cole por su comprensión y apoyo. Especialmente a Marc por su ayuda con la informática, a Vicente Revert por el entusiasmo transmitido, a Luis por estar ahí, a Jorge y Ana por sus ánimos cuando más lo he necesitado. Y a Elena, por todo esto y mucho más... porque todo lo que viene de ella es incondicional.

Finalmente, mi más profundo agradecimiento a las mujeres que participaron en esta investigación, quienes, de forma altruista, compartieron sus sentimientos y sus experiencias más íntimas. Sin ellas este trabajo no hubiera tenido razón de ser.

Lista de abreviaturas.....	9
Introducción.....	11

I. Marco Teórico

PARTE I. Violencia de pareja del hombre contra la mujer: acercamiento a la problemática

1. Concepto y definición.....	15
2. Clasificación de los tipos de violencia de pareja.....	17
3. Epidemiología de la violencia de pareja.....	18
4. La violencia contra la mujer: un problema de derechos humanos.....	21

PARTE II. Estudio de la violencia de pareja en el marco teórico del estrés

1. Conceptualización y teorías sobre el estrés.....	27
2. Tipos de estresores.....	32
3. Respuesta psicobiológica de estrés.....	34
4. Agresión y violencia como estrés psicosocial y su impacto en la salud.....	37
4.1. Estudios en animales.....	38
4.1.1. Modelos animales de estrés psicosocial.....	38
4.1.2. Impacto del estrés psicosocial en el organismo.....	39
4.2. Estudios en seres humanos.....	41
4.2.1. Impacto en la salud mental.....	42
4.2.2. Impacto en la salud física.....	42
4.2.3. Impacto en los sistemas biológicos.....	43
5. Violencia de pareja y su impacto en la salud de las mujeres.....	44
5.1. Estudios transversales.....	46
5.1.1. Impacto en la salud mental.....	47
5.1.2. Impacto en la salud física.....	48
5.1.3. Impacto en el sistema inmune.....	52
5.2. Estudios longitudinales.....	53
5.2.1. Impacto en la salud mental.....	54
5.2.2. Impacto en la salud física.....	55
5.2.3. Impacto en el sistema inmune.....	57
6. Victimización previa a la violencia de pareja y su impacto en la salud de las mujeres.....	57

II. Estudio de campo

1. Objetivos e Hipótesis	63
2. Material y Métodos	
2.1. Establecimiento del contacto con las mujeres.....	65
2.2. Procedimiento.....	66
2.3. Entrevistas estructuradas.....	67
2.3.1. Cuestionarios.....	67
2.3.1.1. Características sociodemográficas de la mujer.....	67
2.3.1.2. Relaciones de pareja.....	69
2.3.1.3. Características de la violencia de pareja.....	70
2.3.1.4. Historial de victimización.....	71
2.3.1.5. Apoyo social en T-2.....	72
2.3.1.6. Acontecimientos vitales en T-2.....	73
2.3.1.7. Salud física.....	74
2.4. Medidas biológicas: funcionamiento del sistema inmune.....	77
2.5. Análisis estadísticos.....	81
3. Resultados	
3.1. Participación de las mujeres a lo largo del tiempo.....	89
3.2. Impacto de la violencia de pareja en la salud física de las mujeres a lo largo del tiempo.....	93
3.2.1. Descripción de las mujeres participantes.....	93
3.2.1.1. Cambio en las características sociodemográficas.....	93
3.2.1.2. Cambio en las relaciones de pareja.....	101
3.2.1.2.1. Relación con el agresor/pareja de T-1.....	101
3.2.1.2.2. Relación con otra pareja en T-2 diferente al agresor/pareja de T-1.....	106
3.2.1.3. Evolución de las características de la violencia de pareja.....	108
3.2.1.3.1. Evolución de la Violencia Psicológica.....	111
3.2.1.3.2. Evolución de la Violencia Física.....	113
3.2.1.3.3. Evolución de la Violencia Sexual.....	115
3.2.1.4. Historial de victimización.....	117
3.2.1.5. Apoyo social en T-2.....	119

3.2.1.6. Acontecimientos vitales en T-2.....	120
3.2.2. Evolución del impacto de la violencia de pareja en la salud física de las mujeres.....	121
3.2.2.1. Evolución del impacto de la violencia de pareja en la incidencia de síntomas físicos.....	121
3.2.2.1.1. Evolución en la incidencia total de síntomas físicos.....	121
3.2.2.1.1.1. Factores predictores de la evolución en la incidencia total de síntomas físicos.....	125
3.2.2.1.2. Evolución en la incidencia de síntomas físicos agrupados por sistemas corporales.....	127
3.2.2.1.3. Evolución en la incidencia de síntomas físicos específicos.....	132
3.2.2.1.3.1. Asociación entre el tipo de violencia de pareja y la incidencia de síntomas físicos a lo largo del tiempo.....	132
3.2.2.1.3.2. Evolución en la incidencia de síntomas físicos específicos.....	133
3.2.2.2. Evolución del impacto de la violencia de pareja en la incidencia de enfermedades físicas.....	144
3.2.2.2.1. Incidencia de enfermedades físicas agudas.....	144
A- Incidencia total.....	144
B- Incidencia de enfermedades físicas agudas específicas.....	145
3.2.2.2.2. Incidencia de enfermedades físicas crónicas.....	147
A- Incidencia total.....	147
B- Incidencia de enfermedades físicas crónicas específicas.....	147
3.2.2.3. Evolución del impacto de la violencia de pareja en la utilización de los servicios de salud.....	148
3.2.2.3.1. Visitas a centros de atención primaria.....	148
3.2.2.3.2. Visitas a centros de especialidades médicas.....	149
3.2.2.3.3. Utilización de servicios de urgencia por violencia.....	151

3.2.2.3.4. Utilización de servicios de urgencia por otros motivos.....	152
3.2.2.3.5. Intervenciones quirúrgicas.....	152
3.3. Impacto de la violencia de pareja en el sistema inmune de las mujeres a lo largo del tiempo.....	153
3.3.1. Descripción de las mujeres participantes.....	153
3.3.2. Evolución en el funcionamiento del sistema inmune de las mujeres.....	159
3.3.2.1. Volumen y velocidad de secreción de la saliva.....	160
3.3.2.2. Medidas inmunológicas.....	163
3.3.2.2.1. Neutralización del virus HS-1.....	163
3.3.2.2.2. IgA específica para el virus HS-1.....	166
3.3.2.2.3. IgA Total.....	167
3.3.2.3. Relación entre las diferentes medidas inmunológicas.....	167
3.3.2.4. Factores predictores de la evolución en el funcionamiento del sistema inmune.....	171

III. Discusión

1. Participación de las mujeres en el estudio longitudinal.....	175
2. Características de las mujeres participantes.....	177
3. Evolución de la violencia de pareja.....	178
4. Evolución del estado de salud física de las mujeres.....	180
5. Evolución del funcionamiento del sistema inmune de las mujeres.....	185
6. Comparación de la recuperación en la salud física y en el funcionamiento del sistema inmune y factores predictores.....	189
7. Limitaciones del estudio.....	190
8. Utilidad y necesidad de los estudios longitudinales.....	191

IV. Conclusiones.....	193
------------------------------	------------

V. Referencias Bibliográficas.....	195
-------------------------------------------	------------

Lista de abreviaturas que aparecen en el texto (por orden alfabético):

ACTH: Hormona adrenocorticotropa o corticotropina
ANOVA: Análisis de varianza
BOE: Boletín Oficial del Estado
CRH: Hormona de liberación de corticotropina
DHEA: dehidroepiandrosterona
ECP: efectos citopatológicos
HHA: hipotálamo-hipófiso-adrenal
HHG: hipotálamo-hipófiso-gonadal
HS-1: herpes simple tipo 1
IFN- γ : interferón gamma
Ig: inmunoglobulina
IgA: inmunoglobulina A
IgA HS-1: inmunoglobulina A específica para el virus herpes simple tipo 1
IgG: inmunoglobulina G
IgM: inmunoglobulina M
IL-2: interleucina o citocina 2
IL-10: interleucina o citocina 10
NK: células Natural Killer
NPV: núcleo paraventricular del hipotálamo
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONU: Organización de las Naciones Unidas
SGA: Síndrome General de Adaptación
SNA: Sistema Nervioso Autónomo
T-1: Tiempo 1; estudio transversal
T-2: Tiempo 2; estudio longitudinal; periodo de seguimiento
Th1: Linfocitos T colaboradores tipo 1
Th2: Linfocitos T colaboradores tipo 2
TNF- α : factor de necrosis tumoral alfa

Introducción

La violencia de pareja, entendida como aquellos actos físicos, psicológicos o sexuales que tienen lugar en el contexto de una relación íntima, pasada o actual, puede ser ejercida por uno de los miembros de la pareja hacia el otro, en el que uno es el agresor y el otro la víctima, o puede ser ejercida por ambos miembros de la pareja, tratándose, en este caso, de una relación de violencia mutua (Campbell y cols., 1994). Si bien, la violencia de pareja ocurre mayoritariamente de forma unilateral (Saltzman y cols., 2000). Además, aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas y también se dan actos de violencia en parejas del mismo sexo, la violencia de pareja es experimentada por las mujeres en una proporción abrumadora, siendo el agresor el hombre (Krug y cols., 2002; Carbone-López y cols., 2006). Esta tendencia se observa en España en relación al número de denuncias interpuestas por violencia de pareja. Los datos proporcionados por el Instituto de la Mujer (organismo dependiente del Ministerio de Igualdad) desde el año 2002 hasta la actualidad revelan que el 85% de las denuncias han sido interpuestas por la mujer contra su pareja o expareja, siendo en torno al 15% las denuncias interpuestas por el hombre (Instituto de la Mujer).

El fenómeno de la violencia de pareja del hombre contra la mujer viene produciéndose a nivel mundial, sin distinguir entre clases sociales, edad, cultura, religión o país (Krug y cols., 2002; Garcia-Moreno y cols., 2005). Ser víctima de violencia por la pareja implica vivir constantemente bajo la amenaza real o anticipada de ser agredida de nuevo, constituyendo, en la mayoría de los casos, una situación de estrés crónico dada su larga duración a lo largo del tiempo. Dicha situación conlleva unos efectos devastadores para la salud de la mujer, con consecuencias a corto y a largo plazo (revisado por Campbell, 2002; Ferrer y Bosch, 2000; Garcia-Moreno y cols., 2005), considerándose en la actualidad un problema mundial de salud pública.

La presente Tesis Doctoral forma parte de una investigación más amplia titulada “Estudio longitudinal de las consecuencias que la violencia de género dentro de una relación de pareja tiene en la salud, el sistema endocrino y el sistema inmune de las mujeres”, la cual fue llevada a cabo en la Comunidad Valenciana en el periodo de tiempo comprendido entre 2003-2005. Esta

investigación longitudinal es la continuación de una anterior titulada “Consecuencias de la violencia doméstica en la salud, el sistema endocrino y el sistema inmune de las mujeres”, desarrollada entre los años 2000-2002 y cuyos resultados dieron lugar a dos Tesis Doctorales (Pico-Alfonso, 2005a; Garcia-Linares, 2005), así como a su publicación en revistas especializadas (Pico-Alfonso y cols., 2004; 2006; 2008; Garcia-Linares y cols., 2004; 2005; Martinez y cols., 2004; Pico-Alfonso, 2005b).

El objeto de estudio de la presente Tesis Doctoral es la evolución de la salud de las mujeres víctimas de violencia por su pareja masculina. La pretensión es doble. Por un lado, se pretende determinar los cambios acontecidos en el estado de salud física y en el funcionamiento del sistema inmune de las mujeres en un periodo de tiempo aproximado de 3 años. Por otro lado, se trata de estudiar los factores personales y sociales mediadores en la evolución del estado de salud de las mujeres.

El presente trabajo está estructurado en 5 apartados. El primer apartado “Marco Teórico” se divide a su vez en dos partes: la primera parte trata de acercar al lector a la problemática actual que supone la violencia de pareja del hombre contra la mujer, ofreciendo datos de prevalencia así como una visión general de los avances sociales realizados para su prevención y eliminación; la segunda parte del marco teórico está dedicada al campo conceptual del estrés, en el cual se sitúa la violencia de pareja, exponiéndose las principales teorías desarrolladas, así como la respuesta psicobiológica de estrés, dedicando especial atención al impacto del estrés sobre la salud. En el segundo apartado “Estudio de campo” se presentan los objetivos e hipótesis del estudio, se describe el material y los métodos utilizados para su realización y se exponen los resultados encontrados en el mismo. El tercer apartado “Discusión” está dedicado al tratamiento de los principales resultados encontrados en el presente estudio en relación a las hipótesis planteadas, comparándolos con los encontrados en otros estudios ya publicados dentro del marco teórico del estrés. El cuarto apartado se corresponde con las “Conclusiones” principales que se han alcanzado con este trabajo. Finalmente, el quinto apartado muestra las diferentes “Referencias Bibliográficas” consultadas en la presente Tesis Doctoral.

I. Marco Teórico

***PARTE I. Violencia de pareja del hombre contra
la mujer: acercamiento a la problemática***

1. Concepto y definición

1.1. Concepto

En la actualidad, no existe consenso en la terminología empleada para designar el concepto de violencia de pareja del hombre contra la mujer, siendo varios los términos empleados para referirse a la misma, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Tradicionalmente, ha sido el término “violencia doméstica” (“Domestic violence”) el más utilizado para referirse a dicha problemática. Si bien, la violencia doméstica no es exclusiva de la pareja, ya que cualquier miembro del hogar puede ser víctima o agresor, sea mujer, hombre, anciano/a o hijo/a. Otro de los términos frecuentemente utilizado para referirse a la violencia de pareja ha sido el de violencia de género, si bien ésta se produce entre hombres y mujeres, fuera o dentro del hogar, tengan o no una relación de parentesco. Por lo tanto, el término violencia de género no es exclusivo de violencia de pareja. Otros términos empleados en la literatura científica internacional ha sido “violence againts woman”, “family violence”, “spouse abuse”, “wife abuse” o “marital abuse” para referirse a la violencia ejercida habitualmente por el hombre contra la mujer en el contexto de una relación íntima. Más recientemente, el término que se viene utilizando en los ámbitos científicos nacional e internacional para designar este tipo de violencia es el de “violencia del compañero íntimo” (“Intimate partner abuse”).

La presente Tesis Doctoral se centra en la violencia de pareja ejercida por el hombre contra la mujer, por lo que a lo largo de la misma se utilizará el término “violencia de pareja” y “mujeres víctimas de violencia” para reflejar la situación en la que el agresor es el hombre, la mujer es la víctima y la violencia tiene lugar en el contexto de una relación íntima pasada o actual.

1.2. Definición

Tal y como se ha puesto de manifiesto anteriormente, no existe una definición clara y unánime que designe el problema de la violencia de pareja,

siendo ésta frecuentemente definida de forma implícita dentro de definiciones más globales de violencia doméstica y de violencia de género.

La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de 1993 (artículo 1), definió la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (A/RES/48/104, de 23 de febrero de 1994).

Por otro lado, la Comisión Europea (1999) hace mención a la violencia de pareja dentro de sus definiciones más amplias de violencia de género y de violencia doméstica. En primer lugar, la violencia de género, sexista o sexual, es definida como “todo tipo de violencia ejercida mediante el recurso a las amenazas de recurrir a la fuerza física o al chantaje emocional, incluyendo la violación, el maltrato de mujeres, el acoso sexual, el incesto y la pederastia”. En segundo lugar, la violencia doméstica o violencia en la familia es definida como “toda forma de violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia; recurso a la fuerza física o al chantaje emocional; amenazas de recurso a la fuerza física, incluida la violencia sexual, en la familia o el hogar. En este concepto se incluyen el maltrato infantil, el incesto, el maltrato de mujeres y los abusos sexuales o de otro tipo contra cualquier persona que conviva bajo el mismo techo”.

Más recientemente, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de 2002, aportó una definición específica de violencia de pareja, entendiéndola como “aquellas agresiones físicas, como los golpes o las patadas, las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, los malos tratos psíquicos, como la intimidación y la humillación, y los comportamientos controladores, como aislar a una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información y la asistencia” (Krug y cols., 2002).

2. Clasificación de los tipos de violencia de pareja

La OMS, en su definición de violencia de pareja, distingue entre agresiones físicas, relaciones sexuales forzadas, malos tratos psíquicos y comportamientos controladores (Krug y cols., 2002).

La violencia de pareja generalmente es clasificada en violencia física, violencia psicológica (psíquica o emocional) y violencia sexual, en función de la naturaleza de los actos ocurridos durante los episodios de violencia (revisado por Campbell y Lewandowski, 1997; Coker y cols., 2000a; 2002; Ruiz-Pérez y cols., 2007; Amor y cols., 2002; Saltzman y cols., 2000). Siguiendo la clasificación efectuada por el equipo de investigación dirigido por la Dra. Manuela Martínez (Pico-Alfonso y cols., 2004; 2006; 2008; Pico-Alfonso, 2005b; Garcia-Linares y cols., 2004; 2005), los diferentes tipos de violencia de pareja, física, psicológica y sexual, se operacionalizan como sigue:

1. Violencia física: caracterizada por actos físicos como puñetazos, patadas, bofetadas, empujones, mordiscos e intentos de estrangulamiento.
2. Violencia psicológica: caracterizada por actos que menoscaban la integridad psicológica de la mujer tales como ataques verbales (insultos y humillaciones), acciones de control y poder (aislamiento de la familia y los amigos, bloqueo en la toma de decisiones y abandono económico), persecución y acoso, amenazas verbales (amenazas de muerte a la mujer y/o su familia, amenazas sobre la custodia de los hijos, llamadas telefónicas intimidatorias) y chantaje (económico y emocional).
3. Violencia sexual: caracterizada por acciones de sexo forzado (genital o anal, oral de la mujer hacia el agresor o del agresor hacia la mujer, objetos insertados en vagina o ano), sexo homosexual forzado, sexo forzado con animales, forzada a prostituirse o tener sexo en público, violencia física durante la relación sexual (mordiscos, patadas, golpes y bofetadas), amenazas de ser golpeada o de golpear a los hijos por rechazar el sexo, amenazas con cuchillo, pistolas y otros medios coercitivos, implicación de los hijos en las relaciones sexuales o

presencia de los mismos en los ataques sexuales y uso forzado de películas o fotografías pornográficas.

3. Epidemiología de la violencia de pareja

Los datos de prevalencia sobre la violencia de pareja varían a lo largo de todo el mundo en función de la definición de la violencia de pareja empleada, el tipo de violencia evaluada, la metodología de investigación utilizada o la población objeto de estudio, dificultando la comparación de los diferentes estudios, así como el conocimiento de la magnitud real del problema (Clark y Du Mont, 2003; Heise y Garcia-Moreno, 2002; revisado por Martinez y Schröttle, 2006). Por otro lado, la mayoría de los estudios que evalúan la prevalencia de la violencia de pareja contra la mujer se centran en la violencia física y sexual, siendo menos comunes los estudios que informan de la prevalencia de la violencia psicológica ocurrida de forma independiente a otras formas de violencia (Krug y cols., 2002; Garcia-Moreno y cols., 2005; revisado por Martinez y Schröttle, 2006). A continuación se ofrecen datos epidemiológicos de la violencia de pareja a nivel mundial, europeo y nacional, haciendo especial énfasis en los datos publicados en nuestro país.

A nivel mundial, el estudio realizado por Heise y Garcia-Moreno para la OMS (2002), en el que examinaron 48 estudios poblacionales realizados en 35 países, puso de manifiesto que entre el 10% y el 69% de las mujeres había sufrido violencia física por una pareja masculina alguna vez a lo largo de su vida. Un estudio posterior, llevado a cabo para la OMS en 10 países –la mayoría en vías de desarrollo–, reveló que entre el 15% y el 71% de las mujeres había sufrido violencia física, sexual o ambas por parte de su pareja en algún momento de su vida (Garcia-Moreno y cols., 2005). Respecto a la violencia psicológica, la prevalencia se situó entre el 20 y el 75% de las mujeres (Garcia-Moreno y cols., 2005). Por otro lado, en ambos estudios se encontró que entre el 3% y el 54% de las mujeres fue víctima de violencia de pareja física, sexual o ambas durante el último año previo (Heise y Garcia-Moreno, 2002; Garcia-Moreno y cols., 2005).

En cuanto a los casos de asesinato por violencia, estudios llevados a cabo en Australia, Canadá, Israel, Sudáfrica y Estados Unidos muestran que entre un 40% y un 70% de las mujeres víctimas de homicidio fueron asesinadas por su pareja, frecuentemente en el contexto de una relación de violencia continuada (revisado por Martínez y cols., 2004).

En Europa, los datos de prevalencia derivados de estudios epidemiológicos nacionales así como de estudios clínicos y regionales ponen de manifiesto que entre el 4 y el 30% de mujeres ha sufrido violencia física y/o sexual por la pareja en algún momento de sus vidas. En cuanto a la prevalencia de los tipos de violencia física, psicológica y sexual por separado sufrida por las mujeres a lo largo de la vida, los estudios indican que entre el 4% y el 20% de las mujeres han sido víctimas de violencia sexual, entre el 19 y el 42% lo han sido de violencia psicológica y entre el 6% y el 25% de violencia física (revisado por Martínez y Schröttle, 2006). Por otro lado, se estima que entre el 6% y el 12% de mujeres europeas han sido agredidas físicamente por una pareja durante el último año previo al estudio (Heise y García-Moreno, 2002).

En España, los datos epidemiológicos sobre violencia de pareja son proporcionados por el Instituto de la Mujer, organismo adscrito al Ministerio de Igualdad a través de la Secretaría General de Políticas de Igualdad. Dicho organismo elabora estadísticas periódicas, entre otras, en relación al número de denuncias interpuestas y a los casos de asesinato por violencia de pareja. Por otro lado, el Instituto de la Mujer ha llevado a cabo tres encuestas de población: la primera en 1999, la segunda en 2002 y la última en 2006. La tercera macroencuesta poblacional reveló que el 7,2% de las mujeres mayores de 18 años podía considerarse como “técnicamente maltratadas” por parte de su pareja o expareja en la actualidad, siendo el 2,1% el porcentaje de mujeres que se autodeclaró víctima de violencia por su pareja o expareja durante el último año (Instituto de la Mujer, 2006).

En cuanto al número de denuncias interpuestas por las mujeres por motivos de violencia de pareja, los datos ofrecidos por el Instituto de la Mujer revelan un incremento anual desde 2002 hasta la actualidad, tal y como se detalla a

continuación. En el año 2002, un total de 43.313 mujeres denunciaron algún tipo de agresión por parte de su pareja o expareja (cónyuge, compañero sentimental y novio), 50.090 en el año 2003, 57.527 en 2004, 59.758 en el año 2005, 62.170 en 2006 y 63.347 en 2007 (Instituto de la Mujer). En 2008, el balance efectuado por el Ministerio de Igualdad puso de manifiesto un incremento del 16% respecto al año anterior, ascendiendo a un total de 108.261 denuncias (Ministerio de Igualdad).

Una tendencia similar ascendente se viene produciendo en relación al número de asesinatos por violencia de pareja. En el año 2002, 54 mujeres fueron asesinadas en manos de su pareja o expareja, incrementándose a 71 en 2003 y a 72 en 2004. En 2005, año en el que se puso en marcha la recién aprobada Ley sobre Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (B.O.E. núm. 313, de 29 de diciembre de 2004), el número de asesinatos descendió a 57, incrementándose nuevamente en los años sucesivos: 68 en 2006, 71 en 2007 y 75 en 2008. A fecha de 3 de marzo de 2009, 5 mujeres fueron asesinadas por su pareja o expareja (Instituto de la Mujer).

Esta evolución creciente de la mortalidad y de las denuncias se viene observando desde que se publicaran datos sobre violencia de pareja por primera vez en 1997 (Vives y cols., 2003), incrementándose el riesgo en función de la desigualdad de género existente en cada provincia (Vives-Cases y cols., 2007).

Por otra parte, un estudio llevado a cabo en centros de atención primaria con una amplia muestra de mujeres puso de manifiesto que el 32% de las mismas había sido víctima de violencia (física, psicológica y/o sexual) por la pareja alguna vez a lo largo de su vida (Ruiz-Pérez y cols., 2006a; 2006b; 2006c; Raya-Ortega y cols., 2004). Este estudio puso de manifiesto que el 14% de las mujeres fue víctima de violencia física por la pareja alguna vez a lo largo de su vida, el 31% lo fue de violencia psicológica y el 9% de violencia sexual (Ruiz-Pérez y cols., 2006c). En dicho estudio, el 7% de las mujeres sufrió violencia física y psicológica conjuntamente en algún momento de su vida, el 14% sufrió violencia psicológica únicamente, el 3% violencia psicológica y sexual y el 6% los tres tipos de violencia (Ruiz-Pérez y cols., 2006a).

4. La violencia contra la mujer: un problema de derechos humanos

Durante las dos últimas décadas, la violencia contra la mujer ha ido recibiendo una atención creciente a nivel mundial, pasando de ser una cuestión oculta y privada a declararse en la actualidad como un problema de derechos humanos que afecta a la dignidad, a la integridad y a la libertad de las personas y que atenta contra el bienestar social. A continuación se exponen los principales avances realizados en el marco normativo internacional, europeo y nacional para combatir la violencia contra la mujer.

En 1948, la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) proclamó la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948), reconociéndose la igualdad de derechos y libertades entre hombres y mujeres. Sin embargo, la preocupación por la continua discriminación de la mujer y la violación de sus derechos en diversas esferas de la vida llevó a la ONU a la adopción, en 1979, de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (A/RES/34/180, de 18 de diciembre de 1979), en la que se acordó establecer una política internacional dirigida a eliminar la discriminación contra la mujer. Si bien, no sería hasta diciembre de 1993, a raíz de la Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos celebrada en Viena en junio de ese mismo año, cuando la ONU elabore el primer documento internacional de derechos humanos exclusivo sobre el tema de la violencia contra la mujer: la Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (A/RES/48/104, de 23 de febrero de 1994), en la que se resolvió que la violencia contra la mujer en cualquiera de sus formas (física, psicológica o sexual), sea en la vía pública como en la privada, requería una acción urgente por parte de los Estados miembros. Otro avance en la materia lo constituiría la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995 (ONU), en la cual se aprobó la Declaración y la Plataforma para la Acción de Beijing (A/CONF.177/20/Rev.1,1996), un instrumento encaminado a promover y proteger los derechos humanos de las mujeres y las

niñas, así como a crear las condiciones necesarias para la potenciación del papel de la mujer en la sociedad del siglo XXI. En dicho compromiso internacional, la violencia contra la mujer se considera una esfera de especial preocupación que requiere una acción urgente para su prevención y eliminación. Posteriormente, la ONU realizaría sesiones de seguimiento de la aplicación de la Plataforma para la Acción (véase Beijing+5 (A/S-23/10/Rev.1) y Beijing+10 (E/2005/27-E/CN.6/2005/11)).

En Europa, el problema de la violencia contra la mujer fue abordado por el Parlamento Europeo por primera vez en 1984 con la creación de la Comisión de Derechos de la Mujer. Desde entonces, el Parlamento Europeo se ha ocupado del tema en numerosos informes y resoluciones, como por ejemplo las Resoluciones A-44/86 sobre "Agresiones a la mujer" y la A3-0349/94 sobre "Violaciones de las libertades y los derechos fundamentales de las mujeres". Otro avance europeo en materia de violencia de género ha sido el desarrollo de campañas encaminadas a la sensibilización y eliminación de las distintas formas de violencia contra las mujeres, tales como la Campaña Europea de Tolerancia Cero ante la Violencia contra las Mujeres (Resolución A4-0250/97) puesta en marcha en 1999, año designado como el "Año Europeo contra la violencia hacia las mujeres", y la Campaña del Consejo de Europa para combatir la Violencia contra las Mujeres, incluida la Violencia Doméstica (EG-TFV (2006) 8 rev 3), lanzada en noviembre de 2006 en Madrid. Por último, entre las iniciativas europeas en la lucha contra la violencia destacan los programas de acción comunitaria Daphne, cuyas acciones están dirigidas a la prevención y eliminación de cualquier forma de violencia contra las niñas, las adolescentes y las mujeres. Hasta la fecha son tres los programas que se han desarrollado: programa Daphne para el período 2000-2003 (Decisión N° 293/2000/CE), programa Daphne II para el período 2004-2008 (Decisión N° 803/2004/CE) y programa Daphne III aprobado en julio de 2007 para el período 2007-2013 (Decisión N° 779/2007/CE).

En España, las primeras respuestas institucionales a la discriminación contra la mujer comenzaron en 1983, año en el que se ratificó la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)

aprobada en 1979 por la ONU. Desde entonces, la igualdad de género y, más concretamente, la eliminación de la violencia hacia la mujer -una de las principales manifestaciones de discriminación existentes en nuestro país- irá tomando protagonismo en la agenda política del Gobierno español. Si bien, los principales avances se producirán en los últimos años. En 1997, el Consejo de Ministros aprobó el III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (1997-2000), introduciendo un área exclusiva de actuación en contra de la violencia hacia la mujer. Dicho Plan daría lugar a la puesta en marcha del “I Plan de Acción contra la Violencia Doméstica 1998-2000”, aprobado por el Consejo de Ministros el 30 de abril de 1998, coordinado por el Instituto de la Mujer y en colaboración con otros Ministerios. Su pretensión era eliminar los actos violentos en el hogar, articulando actuaciones de prevención y sensibilización social, así como de asistencia a las víctimas. Tras su finalización, se puso en marcha el “II Plan Integral contra la Violencia Doméstica 2001-2004”, aprobado por el Consejo de Ministros el 11 de mayo de 2001, ampliando los objetivos del plan anterior a los ámbitos educativo, legislativo y asistencial, éste último tanto para las víctimas como para los agresores. Siguiendo con las políticas de igualdad de género, se puso en marcha el IV Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres para el período 2003-2006, aprobado por el Consejo de Ministros el 7 de marzo de 2003, en el que la eliminación de la violencia contra la mujer volvió a ser uno de los objetivos prioritarios, proponiéndose nuevas medidas de práctica judicial, de protección a la víctima y ayudas asistenciales.

El mayor avance legislativo en materia de lucha contra la violencia hacia la mujer se produjo en 2004, con la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, sobre Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (B.O.E. núm. 313, de 29 de diciembre). Dicha Ley tiene por objeto actuar contra la violencia de género en cualquiera de sus formas (física, psicológica y sexual), estableciéndose medidas de protección integral con la finalidad de prevenir, sancionar y erradicar la violencia y prestar asistencia a las víctimas. Las medidas que se determinan son las siguientes: Título I- Medidas de sensibilización,

prevención e intervención en los ámbitos educativo, publicitario y sanitario. Título II- Garantía de derechos y medidas de protección en los ámbitos económico, jurídico, social y laboral. Título III- Creación de dos órganos administrativos, dependientes actualmente del Ministerio de Igualdad, encargados de velar por el cumplimiento del objeto de la Ley: a) la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer (que cambiará por Real Decreto 438/2008, de 14 de abril, por Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, B.O.E. núm. 92, de 16 de abril de 2008) y b) el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (Real Decreto 253/2006, de 3 de marzo). Así mismo, en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, se crean unidades especializadas en la prevención y en el control de la ejecución de las medidas judiciales adoptadas. Título IV- Reformas del Código Penal, ampliándose la protección de las mujeres víctimas de violencia de género ante cualquier forma de violencia e incrementándose la sanción penal ante la violencia perpetrada por la pareja o expareja. Título V- Tutela Judicial para garantizar un tratamiento eficaz de la situación jurídica, familiar y social de las víctimas de violencia de género en las relaciones intrafamiliares, destacando la creación de los Juzgados de Violencia sobre la Mujer y la creación del Fiscal contra la Violencia sobre la Mujer, ambos con competencias en el orden penal y civil.

En 2006, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, a través de la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer, puso en marcha el Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, cuyos objetivos eran mejorar la lucha contra la violencia y conseguir, a largo plazo, un cambio en el modelo de relación social entre hombres y mujeres a través de la sensibilización y la prevención.

Una iniciativa más a favor de la eliminación de la violencia contra la mujer ha sido la puesta en marcha por el Ministerio de Igualdad del Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para el período 2008-2011, aprobado por el Consejo de Ministros el 14 de diciembre de 2007, en cumplimiento del mandato establecido en la reciente Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (B.O.E núm. 71, de 23 de marzo de 2007). El

presente plan tiene entre sus objetivos eliminar cualquier forma de discriminación por razón de sexo, entre ellas la violencia de género, articulando actuaciones en los ámbitos preventivo, asistencial, policial, judicial, formativo y de investigación, pretendiéndose, así mismo, la mejora de la coordinación intra e interinstitucional y el seguimiento y evaluación continua de las medidas puestas en marcha para determinar su eficacia.

***PARTE II. Estudio de la violencia de pareja en
el marco teórico del estrés***

1. Conceptualización y teorías sobre el estrés

En la actualidad, el término “estrés” está ampliamente popularizado, siendo frecuentemente utilizado en diferentes contextos de la vida cotidiana (familiar, laboral, académica, social...) para referirse a un estado de tensión experimentado a partir de algo que sucede en el ambiente inmediato (Sánchez-Canovas y cols., 1997). El término “estrés” es considerado, generalmente, en su connotación negativa como algo perjudicial o desagradable (“distrés” o “estrés malo”), si bien el estrés puede ser agradable y saludable para la persona (“eustrés” o “estrés bueno”) (Selye, 1976; McEwen, 2005). El estrés forma parte de nuestra vida y no puede ser evitado ya que “su completa eliminación significaría la muerte” (Selye, 1976).

A lo largo del siglo pasado y hasta la actualidad el estudio científico del “estrés”, así como su relación con la salud/enfermedad, ha constituido un campo de investigación muy prolífico, siendo abordado desde diferentes disciplinas y enfoques teóricos, tal y como se verá más adelante. A pesar de ello, o tal vez debido a ello, en la actualidad sigue siendo un concepto sin una definición clara y consensuada, habiendo sido empleado indistintamente para referirse tanto a diferentes estímulos (“estresores” o “agentes estresantes”) como a la respuesta desencadenada por los mismos (“respuesta de estrés”) (Villaverde y cols., 2000).

Ya en el siglo XVII, por influencia del físico y biólogo R. Hooke, el término “estrés” se aplicaría al campo de la física e ingeniería, conceptualizándose como una fuerza interna generada dentro de un cuerpo (“estrés”) por la acción de otra fuerza externa (“carga”), que tiende a distorsionar dicho cuerpo (“distorsión”). Estos tres conceptos “carga”, “distorsión” y “estrés” fueron adoptados por la fisiología, la psicología y la sociología, influyendo en el desarrollo de diferentes orientaciones teóricas sobre el estrés: las teorías basadas en la respuesta, las teorías basadas en el estímulo y, por último, las teorías interactivas o transaccionales (Sandín, 1998). Si bien, en la última década del siglo XX ha emergido un nuevo marco conceptual, desarrollado por McEwen (2000), el cual será abordado posteriormente.

Dentro de las **teorías basadas en la respuesta**, propias de la orientación biológica, destaca el fisiólogo Walter B. Cannon, quien en 1932 acuñó el término “homeostasis” para describir la capacidad que tiene todo organismo para mantener constante un equilibrio interno. Ante estímulos amenazantes o aversivos se producía una reacción fisiológica en el organismo que lo preparaba para la “respuesta de lucha o huida” (Carlson, 2002). Pero sin duda alguna, el autor más representativo de estas teorías ha sido Hans Selye, quien tomó prestado de la física el término “estrés” para referirse al juego de fuerzas y tensiones que actúan sobre el organismo (Selye, 1936). Selye definió el estrés como una “respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda” (Selye, 1976). Bajo esta conceptualización, cualquier agente o estímulo (“estresor”; generalmente nocivo) que amenace la homeostasis de los sistemas fisiológicos del organismo activará la respuesta de estrés encaminada a restaurar el equilibrio anterior. Dicha respuesta, denominada “Síndrome General de Adaptación” (SGA), se desarrolla en tres fases: 1) “reacción de alarma”, caracterizada por una reacción inicial e inmediata del organismo al agente nocivo; 2) “fase de resistencia”, en la que el organismo aumenta su resistencia al agente estresor particular, disminuyendo la misma ante otros; y 3) “fase de agotamiento”, caracterizada por la pérdida de adaptación del organismo al estresor ante su exposición prolongada y severa (Selye, 1936). Mientras la “reacción de alarma” se correspondería con la respuesta de estrés agudo (puntual y de duración breve), el desarrollo completo del SGA correspondería a la respuesta de estrés crónico (continua y prolongada en el tiempo). Diversos autores asumieron la concepción de Selye del estrés como respuesta, siendo durante décadas el marco teórico de referencia. No obstante, se ha criticado la visión reducida de la respuesta de estrés como únicamente orgánica, dejando de lado el componente conductual y cognitivo (Weiner, 1990).

Dentro de las **teorías basadas en el estímulo**, circunscritas a la perspectiva conocida como “enfoque psicosocial del estrés”, el estrés se interpreta en términos de las características asociadas a los estímulos del ambiente (“estresores sociales o psicosociales”) que pueden alterar el funcionamiento del organismo

(Sandín, 1998). El desarrollo de esta orientación se debe fundamentalmente a Thomas H. Holmes, quien con su enfoque de los “acontecimientos o sucesos vitales”, desarrollado en la década de los años 50, abrió una línea de investigación sobre el impacto del estrés social en la salud que continúa en la actualidad (Sandín, 2003). Su principal aportación ha sido la creación de instrumentos para cuantificar el estrés (Holmes y Rahe, 1967), ampliamente utilizados en diversas poblaciones y culturas (Masuda y Holmes, 1978). El planteamiento de este enfoque consiste en que los sucesos vitales, como eventos sociales que requieren algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste del individuo, pueden preceder al inicio de enfermedades en función de la magnitud del cambio requerido (a mayor cambio, mayor riesgo de enfermar) (Sandín, 1998). Posteriormente, se han ido desarrollando nuevos enfoques centrados en el estudio del efecto de otro tipo de estresores sociales en la salud: el enfoque del “estrés de rol”, demandas relacionadas con el rol social de la persona que requieren reajustes durante un periodo de tiempo prolongado; y el enfoque de los “sucesos menores”, contrariedades cotidianas que requieren pequeños reajustes diarios. No obstante, en la actualidad se reconoce la interrelación e influencia mutua entre estos tres tipos de estresores sociales y su influencia en la salud (Sandín, 2003).

Otra aproximación al estudio del estrés se corresponde con las **teorías transaccionales o interactivas**, las cuales centran su atención en la relación entre el individuo y el ambiente, otorgando especial relevancia a los procesos cognitivos que median entre los estímulos y las respuestas de estrés. Dentro de estas teorías destacan Richard S. Lazarus y Susan Folkman, quienes definen el estrés como “el conjunto de relaciones particulares entre el individuo y la situación, siendo ésta valorada por el individuo como algo que “grava” o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal” (Lazarus y Folkman, 1986). Así pues, la evaluación se convierte en el principal mediador del estrés, determinando el tipo, dirección e intensidad de las emociones asociadas al estrés.

A finales del siglo pasado surge un **nuevo marco conceptual** centrado en los mecanismos biológicos implicados en la adaptación del individuo a su ambiente continuamente cambiante (McEwen, 2000; 2004; 2005). En este modelo (Figura 1), el “estrés” se entiende como aquellos acontecimientos interpretados como amenazantes por la persona que provocan respuestas fisiológicas y conductuales (McEwen, 2000; 2008). En dicho modelo, los conceptos de los enfoques anteriores son redefinidos, introduciéndose nuevos términos dirigidos a clarificar la imprecisión y ambigüedad existente en torno al concepto de estrés. Los términos centrales de este modelo, descritos a continuación, son “homeostasis”, “alostasis”, “estado alostático”, “carga alostática” y “sobrecarga alostática”. La “homeostasis” se refiere a la estabilidad de los sistemas fisiológicos esenciales para la vida dentro de un rango de valores óptimo, limitándose los sistemas fisiológicos en este modelo al pH, la temperatura corporal, los niveles de glucosa y la presión de oxígeno. Por otro lado, el término “alostasis” (equivalente a la fase de “reacción de alarma” definida por Selye) se refiere al proceso que mantiene estos sistemas fisiológicos (homeostasis) en equilibrio ante las demandas ambientales, siendo definido como “el mantenimiento de la estabilidad a través del cambio”. Los principales mediadores de la alostasis son las hormonas del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA), las catecolaminas y las citocinas (McEwen 2000; 2004; 2005). El “estado alostático” se refiere a los niveles de actividad alterados y prolongados de los sistemas mediadores en respuesta a los ambientes cambiantes y desafiantes, tal y como pueden ser las interacciones sociales, el clima, las enfermedades, etc. Algunos ejemplos de estado alostático son la hipertensión, los niveles bajos de cortisol en el síndrome de fatiga crónica, etc. Este estado alostático (equivalente a la “fase de resistencia” de Selye) puede ser mantenido por un periodo de tiempo limitado si la ingesta o almacenamiento de comida es suficiente para mantener los mecanismos homeostáticos (McEwen 2004; 2005). No obstante, con independencia del aporte adecuado de energía, si el desequilibrio en los sistemas mediadores continúa durante un periodo de tiempo largo se producirán síntomas de “sobrecarga alostática” (McEwen 2000; 2004;

2005). La “carga alostática” se refiere al resultado acumulativo de un estado alostático en respuesta a las demandas ambientales que tienen un valor adaptativo para la supervivencia (por ejemplo, la deposición de grasa en un oso preparándose para hibernar). Si bien, la carga alostática puede devenir en una “sobrecarga alostática” ante la aparición de nuevos acontecimientos ambientales impredecibles que requieren adaptación (p.e. interacciones sociales estresantes, enfermedades, etc.) y, por tanto, la activación de los sistemas mediadores, teniendo un impacto negativo en el organismo (“fase de agotamiento” de Selye) (McEwen, 2004; 2005; 2008).

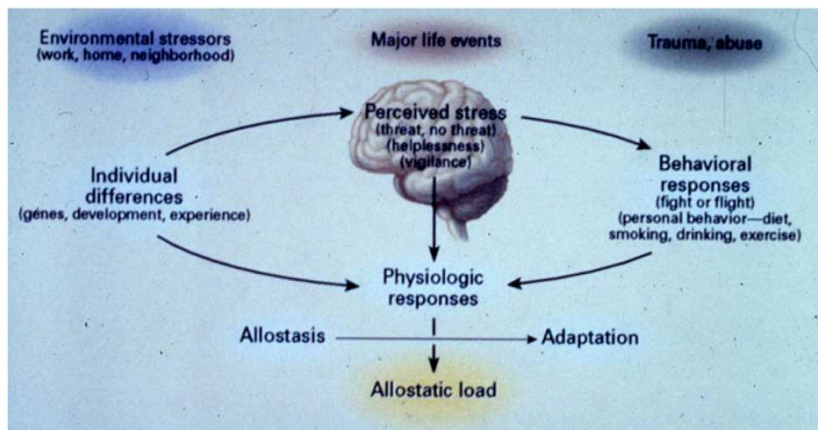


Figura 1. Modelo de estrés de McEwen (tomado de McEwen, 2008)

En la presente Tesis Doctoral se estudia la evolución de la violencia de pareja y su impacto en la salud física y el funcionamiento del sistema inmune de las mujeres a lo largo del tiempo, tratando de determinar los factores personales y sociales que pueden actuar como mediadores en la evolución del estado de salud. Esta Tesis queda enmarcada dentro de un enfoque integrador, conceptualizando la violencia de pareja como una situación estresante (“estresor”) que desencadena una cascada de reacciones en la mujer (“respuesta de estrés”), las cuales, mediadas por los recursos personales y sociales disponibles, van a tener una serie de repercusiones en su salud.

En los siguientes epígrafes se describen, en primer lugar, los tipos de estresores utilizados en la investigación sobre el estrés; en segundo lugar, se describen los principales sistemas fisiológicos intervinientes en la respuesta de

estrés; en tercer lugar, se detalla la respuesta de estrés generada por la experiencia de agresión/violencia (estresor psicosocial) tanto en animales como en seres humanos; finalmente, se describe el impacto de las experiencias de victimización, tanto en la infancia como en la edad adulta, en la salud de las mujeres expuestas.

2. Tipos de estresores

Son numerosas las investigaciones que se han centrado en el estudio de la respuesta de estrés producida en el organismo ante la exposición a un estresor. Dichas investigaciones se han llevado a cabo tanto en animales (revisado por Martínez y cols., 1998; Tamashiro y cols., 2005) como en seres humanos (revisado por Thornton y Andersen, 2006). Los estresores utilizados para tal fin han sido diversos, así como también los criterios seguidos para su clasificación. En general, en la literatura científica se encuentran clasificaciones en función de: 1) el contexto en el que dicho estresor se produce (estresor de laboratorio vs. estresor natural o de campo); 2) la naturaleza del estresor (estresor físico vs. estresor psicosocial); 3) la duración del estresor (estresor agudo vs. estresor crónico), no siendo categorías excluyentes, tal y como se describe a continuación.

En animales, la mayoría de las investigaciones sobre la respuesta de estrés se han llevado a cabo en el contexto de laboratorio (revisado por Tamashiro y cols., 2005), siendo menos frecuentes las investigaciones realizadas en un hábitat natural o seminatural (Shively y cols., 1997). En cuanto a la naturaleza del estresor, la respuesta de estrés se ha evaluado utilizando bien estresores físicos como la inmovilización, la administración de shocks eléctricos o la natación forzada (Hoshaw y cols., 2006; revisado por Carrasco y van de Kar, 2003) o bien estresores psicosociales como la derrota social por agresión física y el estatus de subordinación en un grupo (revisado por Martínez y cols., 1998; Bartolomucci, 2007), la competición social (Hoshaw y cols., 2006), el hacinamiento social o el aislamiento social (revisado por Blanchard y cols., 2001; Bartolomucci, 2007).

Los modelos animales que utilizan estresores físicos presentan problemas de artificialidad al alejarse de los estresores con los que los animales suelen enfrentarse en su medio natural. Por contrapartida, los modelos animales que utilizan estresores de naturaleza social presentan una mayor validez en relación a una gran variedad de estados que en los seres humanos aparecen como consecuencia del estrés psicosocial (revisado por Martínez y cols., 1998). Finalmente, en función de la duración de la exposición al estresor se ha distinguido entre estresores agudos y estresores crónicos. Mientras la exposición a los primeros es breve y limitada en el tiempo (minutos u horas), la exposición a los segundos tiene una duración prolongada en el tiempo (días o semanas) (revisado por Björkqvist, 2001; Bartolomucci, 2007).

En seres humanos, los estresores de laboratorio consisten en una situación experimental generadora de estrés moderado, habitualmente de duración corta (menos de 30 minutos), cuyo efecto es evaluado utilizando diferentes índices fisiológicos. Los estresores de laboratorio pueden ser físicos, como el test de frío (“cold pressor test”) (Fahrenberg y cols., 1995), y psicosociales, tales como hablar en público y realizar tareas mentales de aritmética (Kirschbaum y cols., 1995). La ventaja de este tipo de estresores es que permiten un gran control experimental así como una mayor replicabilidad. Por otro lado, los estresores de campo son situaciones estresantes de naturaleza social (agudas o crónicas), tales como catástrofes naturales (Wang y cols., 2007), el cuidado de un familiar con una enfermedad terminal (Kiecolt-Glaser y cols., 1996), la pérdida de un ser querido (Lindqvist y cols., 2008), la violencia de pareja (García-Linares y cols., 2004, Pico-Alfonso y cols., 2006) o una competición deportiva (Salvador, 2005). La respuesta de estrés generada por este tipo de estresores es estudiada en su manifestación natural, sin ser manipulada por el investigador. La ventaja de su utilización es que permiten una mayor generalización de los resultados, siendo su principal inconveniente el menor control de la situación.

Por otra parte, según la duración de la exposición a la situación o estímulo estresante, se distingue entre estresores agudos y estresores crónicos (Sandín, 2003). Mientras los primeros tienen una duración limitada en el tiempo, como

por ejemplo un examen académico (Pellicer y cols., 2002) los segundos se caracterizan por ser duraderos y estables en el tiempo, tales como algunos estresores laborales (Van der Berg y cols., 2008; Moya-Albiol y cols., 2005).

3. Respuesta psicobiológica de estrés

Ante un estímulo percibido e interpretado como estresante el organismo reacciona poniendo en marcha un conjunto de respuestas fisiológicas, psicológicas y conductuales para hacerle frente (revisado por Thornton y Andersen, 2006).

Desde comienzos del siglo pasado ha habido un gran interés por conocer los mecanismos fisiológicos implicados, así como los cambios fisiológicos asociados a la respuesta de estrés y su relación con la salud. Cannon, ya en 1934, destacaría el papel central de la adrenalina liberada por el sistema simpático-adrenal en la respuesta de lucha-huída ante la exposición a estímulos amenazantes (físicos y emocionales) (Cannon, 1934). Por otro lado Selye, junto a la actividad del sistema simpático-adrenal, subrayaría la actividad del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (HHA) y la liberación de glucocorticoides en la respuesta de estrés provocada ante la exposición a un estresor (generalmente físico) (Selye, 1950). Durante décadas se creyó que en la respuesta de estrés intervenían únicamente el sistema nervioso y el sistema endocrino, considerándose el sistema inmune como un sistema de defensa autónomo e independiente del sistema nervioso (Carlson, 2002). Será a finales de la década de 1970 con el nacimiento de una nueva disciplina, la Psiconeuroinmunología, cuando se reconozca la intervención e interrelación entre el sistema nervioso, el sistema endocrino y el sistema inmune en la respuesta de estrés (revisado por Black, 1994; Del Abril y cols., 2001; revisado por Padgett y Glaser, 2003), abriéndose una línea de investigación, vigente en la actualidad, sobre el papel modulador de los factores psicológicos en dicha respuesta fisiológica y su impacto en la salud (revisado por Segerstrom y Miller, 2004; Kemeny, 2009).

Si bien son diversas las estructuras cerebrales que participan en la respuesta de estrés, así como los neurotransmisores/neuromoduladores que se activan (ej. oxitocina, β -endorfinas, vasopresina, serotonina, Neuropeptido Y, etc.) o se inhiben ante estímulos estresantes (hormona de liberación de gonadotropinas, hormona folículo-estimulante, etc.) (revisado por Carrasco y Van de Kar, 2003), a continuación se describen los principales sistemas fisiológicos que ejercen un papel central en la modulación de la respuesta del sistema inmune ante una situación de estrés (revisado por Marketon y Glaser, 2008), objeto éste último de la presente Tesis doctoral.

Ante una situación de estrés, producida tanto por estímulos físicos como psicosociales, la información sensorial, proveniente de diversas áreas cerebrales, es integrada por el núcleo lateral/basolateral de la amígdala, estableciendo aferencias sensoriales con el núcleo central de la amígdala, el cual, a su vez, proyecta a otras áreas cerebrales, entre ellas, al hipotálamo (revisado por Carrasco y Van de Kar, 2003; Carlson, 2002), principal centro regulador del sistema nervioso autónomo (SNA) y del sistema endocrino. La activación de las neuronas del núcleo paraventricular (NPV) del hipotálamo por el núcleo central de la amígdala da lugar a la activación del eje HHA y del sistema simpático-adrenal, sistemas que interactúan con el sistema inmune, tal y como se describe a continuación.

a) Eje hipotálamo-hipófiso-adrenal

Las neuronas del NPV secretan la hormona de liberación de corticotropina (CRH), la cual estimula a la adenohipófisis para que secrete la hormona adrenocorticotropa (ACTH). La ACTH, una vez liberada al torrente sanguíneo, estimula a la corteza adrenal, la cual secreta glucocorticoides y más concretamente cortisol (corticosterona en roedores) (revisado por Carrasco y Van de Kar, 2003). El efecto producido es un incremento de los niveles de glucosa en la circulación sanguínea, proporcionando la energía necesaria al sistema nervioso, la musculatura cardíaca y esquelética para afrontar las situaciones estresantes (Del Abril y cols., 2001). Los glucocorticoides ejercen una acción de

retroalimentación negativa sobre el hipotálamo y la hipófisis, ajustándose la secreción de los mismos a las necesidades del organismo. Por lo tanto, los glucocorticoides tienen un papel central en la finalización de la respuesta de estrés.

b) Sistema simpático-adrenal

La CRH actúa sobre el sistema noradrenérgico a nivel del locus coeruleus, activándose la división simpática del SNA, la cual dará lugar a la liberación al torrente sanguíneo de catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) por la médula adrenal (revisado por Carrasco y Van de Kar, 2003). Esta respuesta se traduce en un aumento de la frecuencia cardíaca, vasodilatación en los músculos esqueléticos y un aumento de la presión sanguínea, preparando al organismo para responder a la situación de estrés (Del Abril y cols., 2001).

c) Sistema inmune

En respuesta a una situación de estrés se producen complejas interacciones entre el sistema inmune, el sistema nervioso y el sistema endocrino (revisado por Moynihan y Santiago, 2007; Marketon y Glaser, 2008; Kemeny, 2009; Sheridan y cols., 1998). Concretamente, la actividad del sistema inmune es modulada por el eje hipotálamo-hipófiso-adrenal (revisado por Carrasco y Van de Kar, 2003; Black, 1994; Padgett y Glaser, 2003) y por el sistema simpático-adrenal (revisado por Padgett y Glaser, 2003) a través de receptores específicos para catecolaminas, CRH, ACTH y glucocorticoides hallados en las células inmunitarias, los cuales pueden causar cambios en la actividad de dichas células. A su vez, el sistema inmune modula la actividad del eje HHA y del sistema simpático-adrenal a través de los receptores para citocinas existentes en las células del hipotálamo y la hipófisis (revisado por Black, 1994; Moynihan y Santiago, 2007) controlando, de este modo, la secreción de las principales “hormonas del estrés”: catecolaminas y glucocorticoides.

La respuesta de estrés es, por lo tanto, una reacción adaptativa del organismo ante los cambios ambientales u orgánicos desafiantes. No obstante,

esta respuesta adaptativa inmediata (“estrés agudo”) puede tener un efecto perjudicial para el organismo si se mantiene a lo largo del tiempo o si es repetidamente activada (“estrés crónico”) (McEwen, 2004; 2008).

4. Agresión y violencia como estrés psicosocial y su impacto en la salud

El término “estrés psicosocial” hace referencia al proceso mediante el cual un individuo percibe y evalúa un acontecimiento o situación ocurrida en su contexto social como una amenaza para su bienestar físico y/o psicológico, provocando una reacción en el organismo dirigida a afrontar dicha situación y mantener, así, la homeostasis interna. El ser humano, como ser social, está constantemente sujeto a interacciones interpersonales (en la familia, con los amigos, en el trabajo, en el vecindario, etc.) que, si bien constituyen fuentes de apoyo, seguridad y satisfacción, también pueden llegar a ser fuentes generadoras de malestar, pudiendo entonces desencadenar la respuesta de estrés. Se han establecido diferentes clasificaciones del estrés en seres humanos en función de los acontecimientos o situaciones que lo generan. Siguiendo la taxonomía efectuada por Weiner (1990), el estrés puede ser provocado por desastres naturales (tornados, terremotos, erupciones volcánicas, etc.), por desastres producidos por el ser humano (entre los que se sitúa la violencia de pareja junto a otros como violación, abuso sexual, guerras, ataques terroristas, accidentes de tráfico, etc.) y por experiencias personales (separación o divorcio, pobreza, enfermedad, inmigración, soledad, etc.), quedando las dos últimas categorías circunscritas a la perspectiva del estrés psicosocial.

Son numerosas las investigaciones, llevadas a cabo tanto en animales como en seres humanos, que han estudiado el impacto del estrés psicosocial que supone el ser víctima de agresión o violencia sobre la salud de los individuos expuestos al mismo. A continuación se describen los principales estudios realizados.

4.1. Estudios en animales

4.1.1. Modelos animales de estrés psicosocial

Se han desarrollado varios modelos animales de estrés psicosocial con el fin de estudiar los mecanismos de las alteraciones relacionadas con el estrés en seres humanos y desarrollar terapias clínicas adecuadas para su prevención y tratamiento. Los modelos animales más frecuentemente utilizados para inducir la experiencia de derrota o el estatus de subordinación son el paradigma del intruso-residente y el modelo de colonia, que evalúan los efectos del estrés psicosocial agudo y crónico sobre varios sistemas biológicos y parámetros conductuales (revisado por Martínez y cols., 1998; Blanchard y cols., 2001; Tamashiro y cols., 2005). Ambos modelos tienen en común que están basados en interacciones agresivas entre animales coespecíficos, generalmente machos (revisado por Martínez y cols., 1998), siendo pocos los estudios que han hecho uso de hembras que experimentan derrota o subordinación (Rapkin y cols., 1995). Por otro lado, la mayoría de estudios se han llevado a cabo en roedores, principalmente en ratas y ratones, utilizados en el contexto del laboratorio (revisado por Martínez y cols., 1998; Tamashiro y cols., 2005). Si bien, existen algunos estudios que han utilizado primates no humanos, siendo éstos estudiados en su hábitat natural o seminatural (Shively y cols., 1997).

El paradigma del intruso-residente consiste en introducir a un macho, el intruso, en el territorio de un animal agresivo de su misma especie, el residente, siendo el primero derrotado por el segundo (revisado por Martínez y cols., 1998; Tamashiro y cols., 2005). Este paradigma es un modelo clásico de estrés social agudo. Si bien, dependiendo de los objetivos de la investigación, la exposición a un macho agresivo puede ser aguda (minutos u horas) o crónica (días e incluso semanas) (revisado por Björkqvist, 2001; Bartolomucci, 2007), pudiendo ser ésta última intermitente (periodos cortos de exposición a lo largo de uno o diferentes días) o continua (exposición sin interrupción a lo largo de varios días) (revisado por Martínez y cols., 1998). Se han desarrollado una gran variedad de modelos

basados en este paradigma, como por ejemplo el “modelo de contacto sensorial”, en el que el intruso es expuesto al estrés social de vivir en la misma caja que el residente durante un periodo de tiempo variable (de uno a varios días). La mayor parte del tiempo ambos animales están separados por una partición transparente que les permite únicamente el contacto sensorial, siendo retirada durante unos minutos varias veces al día, momento en el cual se inicia el “conflicto social” en el que el intruso es atacado por el residente (Kudryavtseva, 2003).

Por otra parte, el modelo de colonia (subordinación/dominancia) reproduce la vida social normal de algunas especies, agrupándose hembras y machos hasta que se forma la estructura social jerárquica con un único macho dominante, estando el resto de animales expuestos a estrés crónico por su situación de subordinación (revisado por Martínez y cols., 1998; Tamashiro y cols., 2005). Dentro de este modelo se encuentran dos variantes: el modelo de inestabilidad social, donde los animales experimentan subordinación social al ser cambiados de grupo, y el modelo de disrupción social, en el que los animales experimentan subordinación ante la introducción de un intruso dominante en el grupo social estable (Padgett y cols., 1998; Shively y cols., 1986; 1997; Sheridan y cols., 2004; Cohen y cols., 1997).

4.1.2. Impacto del estrés psicosocial en el organismo

Los marcadores de respuesta de estrés psicosocial más utilizados en la investigación animal son la conducta agonística, diversos parámetros biológicos como los sistemas neurotransmisores, el eje HHA y el eje hipotálamo-hipófiso-gonadal (HHG), las conductas sociales y la conducta sexual (revisado por Blanchard y cols., 2001; Martínez y cols., 1998; Tamashiro y cols., 2005).

En general, la exposición al estrés psicosocial conlleva diferentes alteraciones en los animales derrotados o subordinados socialmente, habiéndose documentado las siguientes: **alteraciones conductuales**, tales como disminución en la conducta agresiva y aumento de las reacciones defensivas y sumisas, aislamiento social, disminución de la conducta sexual, comportamiento depresivo

(Shively y cols., 1986; 1997; Shively, 1998), irritabilidad (Rapkin y cols., 1995), inhibición motora, déficit en aprendizaje espacial y memoria, aumento de los niveles de ansiedad, aumento en la autoadministración de cocaína y de consumo de alcohol (revisado por Blanchard y cols., 2001; Martinez y cols., 1998); **alteraciones fisiológicas**, tales como pérdida de peso (Stefanski y cols., 2003), aumento de la presión sanguínea y de la tasa cardiaca; **alteraciones neuroendocrinas** (revisado por Björkqvist, 2001; Martinez y cols., 1998; Tamashiro y cols., 2005), entre las que destacan el aumento en la activación del eje HHA (Shively y cols., 1997; 1998; Fano y cols., 2001; Stefanski y cols., 2003; Azpiroz y cols., 2008) y la disminución de la activación del eje HHG (Shively y cols., 1997); **alteraciones neuroquímicas**, tales como alteraciones en los sistemas neurotransmisores dopaminérgicos y serotoninérgicos, entre otros (revisado por Blanchard y cols., 2001; Martinez y cols., 1998; Tamashiro y cols., 2005), cambios morfológicos en diversas regiones cerebrales (revisado por McEwen, 2000; 2008) y **alteraciones inmunológicas** (revisado por Bartolomucci, 2007; Hoshaw y cols., 2006).

En relación al sistema inmune, el impacto del estrés psicosocial se ha encontrado mediado por las estrategias de afrontamiento desarrolladas (Azpiroz y cols., 2008; Stefanski y Ben-Eliyahu, 1996; Stefanski, 1998; revisado por Koolhaas, 2008), por el modelo de estrés utilizado en la investigación (Fano y cols., 2001), por el sexo de los animales (Kerr y cols., 1999) y por la duración de la exposición al estresor (Beitia y cols., 2005). En el caso del estrés psicosocial agudo, la experiencia de derrota puede producir una inhibición del sistema inmune. En este sentido, en roedores subordinados se ha encontrado una disminución de la actividad de las células Natural Killer (NK), dando lugar a un mayor desarrollo de metástasis tumoral (Stefanski y Ben-Eliyahu, 1996; Azpiroz y cols., 2008).

En cuanto al impacto del estrés psicosocial crónico, también se han observado alteraciones en el funcionamiento del sistema inmune. Estudios que han utilizado modelos de colonia han revelado que los animales subordinados muestran linfopenia, disminución en la proliferación de linfocitos T y una mayor

progresión de metástasis tumoral (revisado por Bartolomucci, 2007), así como una mayor susceptibilidad a infecciones respiratorias (Cohen y cols., 1997) y a infecciones por parásitos (revisado por Bartolomucci, 2007). Así mismo se ha observado un menor nivel de citocinas IL-1 y un mayor nivel de citocinas IL-2 en ratones cohabitando con un macho dominante en la misma jaula (Fano y cols., 2001). Finalmente, se ha encontrado una reactivación del virus latente del herpes simple tipo 1 (virus HS-1) en ratones dominantes expuestos a disrupción social, estando dicha reactivación modulada por la activación del eje HHA, medida a través del nivel de corticosterona (Padgett y cols., 1998).

Por otro lado, estudios de estrés psicosocial crónico inducido por la derrota muestran una disminución de la proliferación de linfocitos en respuesta a la estimulación mitogénica (Beitia y cols., 2005; Stefanski, 1998), así como una alteración de la migración de linfocitos T, dando lugar a una reducción de linfocitos en el bazo y en los nódulos linfáticos mesentéricos y cervicales y a un aumento en la médula ósea (Stefanski y cols., 2003). Así mismo, se ha descrito un aumento de los granulocitos (Stefanski, 1998; revisado por Bartolomucci, 2007) y una disminución de linfocitos, de la actividad citotóxica de las NK y de la producción de inmunoglobulina G (IgG) específica contra antígenos (revisado por Bartolomucci, 2007), así como un menor nivel de citocinas IL-1 en roedores subordinados (Fano y cols., 2001). Además del deterioro en los parámetros inmunológicos anteriores, se ha encontrado una mayor progresión del desarrollo de metástasis tumoral (revisado por Bartolomucci, 2007).

4.2. Estudios en seres humanos

Son diversas las investigaciones que se han llevado a cabo en víctimas de violencia con el propósito de determinar su impacto en la salud. La mayoría de estas investigaciones se han centrado en la salud mental, siendo menos frecuentes las que lo han hecho en la salud física, así como en los sistemas biológicos. En cuanto a las víctimas estudiadas, se han realizado investigaciones en víctimas de ataques terroristas como el del 11 de septiembre en Nueva York, EE.UU. (Adams

y Boscarino, 2005; Adams y cols., 2006), en veteranos de guerra (Hooper y cols., 2008; Boscarino, 2004), en víctimas de violencia de pareja (Pico-Alfonso y cols., 2004; 2006; revisado por Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004; Griffin y cols., 2005), en víctimas de agresiones sexuales (Amor y cols., 2001), en supervivientes del Holocausto judío de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945) (Yehuda y cols., 2007), en víctimas de violencia en la infancia (Farley y Patsalides, 2001), en víctimas de acoso escolar (revisado por Björkqvist, 2001) y en víctimas de violencia en el trabajo (Mayhew y Chappell, 2007; Jockin, 2001), entre otras. A continuación se describen las principales repercusiones en la salud mental, en la salud física y en los sistemas biológicos que se han descrito en víctimas de violencia.

4.2.1. Impacto en la salud mental

En numerosos estudios se ha puesto de manifiesto una elevada incidencia del trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia (Amor y cols., 2001; Boscarino, 2004; Yehuda y cols., 2007; Farley y Patsalides, 2001; Pico-Alfonso y cols., 2004; 2006; Vidović y cols., 2007). Por otro lado, se ha descrito una mayor incidencia de depresión, ansiedad, baja autoestima, ideación e intentos de suicidio y dependencia al alcohol en víctimas de violencia frente a personas que no han estado expuestas a dicha violencia (Amor y cols., 2001; Hooper y cols., 2008; Adams y Boscarino, 2005; Adams y cols., 2006; Pico-Alfonso y cols., 2004; 2006; revisado por Björkqvist, 2001; Boscarino y cols., 1999; Mayhew y Chappell, 2007).

4.2.2. Impacto en la salud física

En cuanto a las consecuencias en la salud física, se ha encontrado una elevada incidencia de alteraciones psicosomáticas (revisado por Björkqvist, 2001) y de enfermedades físicas, principalmente de los sistemas circulatorio, digestivo, muscular, respiratorio y reproductor (Hooper y cols., 2008; revisado

por Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004; Farley y Patsalides, 2001), así como un mayor riesgo de sufrir enfermedades autoinmunes, especialmente artritis reumatoide, psoriasis e hipertiroidismo (Boscarino, 2004). Como consecuencia, se ha descrito una elevada utilización de los servicios de salud por parte de las víctimas (revisado por Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004; Farley y Patsalides, 2001), situación que se mantiene durante un largo periodo de tiempo incluso una vez finalizada la exposición a la violencia (Hooper y cols., 2008).

4.2.3. Impacto en los sistemas biológicos

Algunos estudios se han centrado en analizar el impacto de la violencia sobre los sistemas biológicos, tales como el eje HHA, el sistema simpático-adrenal y el sistema inmune. El sistema biológico más analizado ha sido el eje HHA (Yehuda y cols., 2007; Pico-Alfonso y cols., 2004; Griffin y cols., 2005), habiéndose descrito alteraciones en su funcionamiento. No obstante, mientras algunos estudios han encontrado niveles bajos de las hormonas cortisol y dehidroepiandrosterona (DHEA) -principales marcadores de la respuesta de estrés en seres humanos- (Yehuda y cols., 2007; Boscarino, 2004; Griffin y cols., 2005) otros han encontrado niveles elevados (Pico-Alfonso y cols., 2004). Respecto al sistema simpático-adrenal, se ha encontrado un aumento de catecolaminas en veteranos de guerra (revisado por Everson y cols., 1999). En cuanto al impacto de la violencia en el sistema inmune de las víctimas, en los últimos años se ha producido un creciente interés por su estudio, habiéndose llevado a cabo principalmente en veteranos de guerra y en personas con experiencias de victimización durante su infancia pasada. Si bien son diversos los parámetros inmunológicos medidos en los diferentes estudios, en general se ha puesto de manifiesto que el estrés psicosocial derivado de la experiencia de violencia impacta negativamente en el funcionamiento del sistema inmune, manteniéndose dicho impacto a lo largo del tiempo (Vojdani y Thrasher, 2004; Boscarino y cols., 1999). A continuación se exponen las principales alteraciones inmunológicas descritas en víctimas de violencia.

En veteranos de guerra se ha observado un mayor número de leucocitos (Boscarino y cols., 1999), de linfocitos T (Vidović y cols., 2007; Boscarino y cols., 1999; Zhang y cols., 1999; Boscarino, 2004) y de linfocitos B (Vojdani y Thrasher, 2004), así como un menor porcentaje de células NK que en personas civiles (Zhang y cols., 1999; Vojdani y Thrasher, 2004). Además, se ha encontrado una respuesta aumentada de linfocitos Th1 (respuesta pro-inflamatoria) (Zhang y cols., 1999; Boscarino, 2004; Vojdani y Thrasher, 2004) consistente en niveles elevados de citocinas IL-2, IL-10, IFN- γ y TNF- α (Zhang y cols., 1999). Por otro lado, se han encontrado niveles elevados de inmunoglobulinas (Ig) A (IgA), G (IgG) y M (IgM) (Boscarino, 2004; Vojdani y Thrasher, 2004), además de niveles elevados de Ig específicas contra los virus Epstein-Barr, citomegalovirus, herpes simple tipo 1, herpes simple tipo 2, herpes humano tipo 6 y el virus de la Varicella Zoster (Vojdani y Thrasher, 2004). Por otra parte, en personas adolescentes y adultas que sufrieron experiencias de victimización tempranas, tales como deprivación emocional o violencia física, se ha descrito un mayor nivel de IgA específica para el virus HS-1 (Shirtcliff y cols., 2009), así como niveles más elevados de la proteína reactiva-C (marcador de inflamación) (Danese y cols., 2007) que en aquellas que no sufrieron tales experiencias, indicando un deterioro en el funcionamiento del sistema inmune.

5. Violencia de pareja y su impacto en la salud de las mujeres

La violencia de pareja del hombre contra la mujer fue declarada en 1996 por la Organización Mundial de la Salud como un problema de salud pública dada su elevada incidencia a nivel mundial y las graves consecuencias que conlleva para las mujeres, las familias y la sociedad en general (World Health Assembly, 49,25; Krug y cols., 2002). Durante los últimos 25 años ha habido un creciente número de estudios, principalmente de tipo transversal, dirigidos a conocer el impacto de la violencia de pareja en la salud de las mujeres (revisado por Campbell, 2002; Martinez y cols., 2004; Dutton y cols., 2006). La mayoría de estos estudios se han centrado en el impacto sobre la salud mental, siendo menos

frecuentemente abordado el impacto sobre la salud física y relativamente poco investigado el impacto sobre el sistema inmune (revisado por Campbell, 2002; Martínez y cols., 2004; Dutton y cols., 2006). Por otra parte, sólo recientemente se están llevando a cabo estudios longitudinales, cuyo abordaje principal es de nuevo el impacto de la violencia de pareja en la salud mental de las mujeres a lo largo del tiempo (Zlotnick y cols., 2006; Kernic y cols., 2003), quedando en un segundo plano el impacto en la salud física (Gerber y cols., 2008) y siendo hasta la fecha inexistentes los estudios longitudinales que investigan el impacto sobre el sistema inmune.

Por otro lado, si bien en una relación violenta de pareja puede tener lugar tanto violencia física, psicológica y sexual (Kramer y cols., 2004; García-Linares y cols., 2005; Coker y cols., 2000a, 2000b; Thompson y cols., 2006), los estudios existentes se han centrado principalmente en analizar el impacto de la violencia física, seguido por el impacto de la violencia sexual concomitante a la violencia física, el impacto de la violencia física y psicológica, el impacto de la violencia psicológica sola y, por último, el impacto de los tres tipos de violencia (revisado por Martínez y cols., 2004). A este respecto, numerosos estudios transversales ponen de manifiesto la existencia de concomitancia entre la violencia física y la violencia sexual (Campbell y Soeken, 1999a; Amor y cols., 2001; 2002; Pico-Alfonso y cols., 2006; Pico-Alfonso, 2005b), así como entre la violencia psicológica y la violencia sexual (Pico-Alfonso y cols., 2006; García-Linares y cols., 2005), incrementándose el impacto negativo sobre la salud de las mujeres cuando la violencia sexual coexiste con otro tipo de violencia (Pico-Alfonso y cols., 2006; 2008; Wingood y cols., 2000; Eby y cols., 1995; Amor y cols., 2001; 2002; Campbell y Soeken, 1999a; Campbell y cols., 2002). Por otro lado, está bien documentado que la violencia psicológica acompaña frecuentemente a otras formas de violencia (Romito y cols., 2005; García-Linares y cols., 2005; Pico-Alfonso y cols., 2006; Pico-Alfonso, 2005b; Amor y cols., 2002; Coker y cols., 2000b), si bien puede aparecer, también, de forma independiente (Coker y cols., 2002; Ruiz-Pérez y cols., 2006a; 2007; Pico-Alfonso y cols., 2008). En cualquier caso, la violencia psicológica ejerce un impacto en la salud tan devastador como

la violencia física (Kramer y cols., 2004; Aguilar y Nightingale, 1994; Pico-Alfonso y cols., 2006; 2008; Pico-Alfonso, 2005b; Coker y cols., 2000a; 2002).

En los sucesivos apartados se presenta una revisión de los estudios transversales y longitudinales que se han realizado sobre violencia de pareja y su impacto en la salud de las mujeres, tratando por separado los resultados encontrados en relación con la salud mental, la salud física y el sistema inmune.

5.1. Estudios transversales

Ha sido bien documentado que la experiencia de ser víctima de violencia física, psicológica y/o sexual por la pareja supone vivir, en la mayoría de los casos, una situación estresante de larga duración (Amor y cols., 2002; Matud-Aznar, 2004; Garcia-Linares y cols., 2005, Kaysen y cols., 2007), en la que la víctima está expuesta a sucesivos y repetitivos episodios agudos de violencia, generalmente impredecibles e incontrolables (Thompson y cols., 2006). Dicha exposición prolongada en el tiempo genera en el organismo una respuesta fisiológica mantenida con el consiguiente deterioro en la salud de las mujeres víctimas (revisado por Dutton y cols., 2006; Stewart y Robinson, 1998; Martinez y cols., 2004; Campbell, 2002; Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004). Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que la violencia de pareja del hombre contra la mujer tiene un impacto negativo en el estado general de salud, en la salud física y en la salud mental de las mujeres víctimas (Vung y cols., 2009; Plichta, 2004; Ellsberg y cols., 2008; Bonomi y cols., 2009; Blanco y cols., 2004), viéndose disminuida su calidad de vida (Leung y cols., 2005; Alsaker y cols., 2006). Varios estudios subrayan que estas consecuencias persisten a lo largo del tiempo, incluso cuando la violencia ha cesado (Eby y cols., 1995; revisado por Campbell y Lewandowski, 1997; Koss y cols., 1991; Ellsberg y cols., 1999; 2008; Ruiz-Pérez y cols., 2007), observándose una recuperación de la salud de forma gradual y no inmediata (Matud-Aznar, 2004). Colateralmente, las mujeres víctimas hacen un uso más frecuente de los servicios de salud que las mujeres en cuya relación de pareja no existe violencia (revisado por Martinez y

cols., 2004; Campbell, 2002; Plichta, 2004), consumen más medicamentos (Matud-Aznar, 2004; Lo Fo Wong y cols., 2007; Pico-Alfonso, 2005b; Garcia-Linares y cols., 2004) y pasan más días en cama (Raya-Ortega y cols., 2004; Ruiz-Pérez y cols., 2007).

5.1.1. Impacto en la salud mental

Los estudios existentes, independientemente del tipo de violencia evaluada, ponen de manifiesto una elevada incidencia de trastornos mentales en mujeres víctimas de violencia frente a las mujeres en cuya relación de pareja no existe violencia (revisado por Golding, 1999; Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004; Pico-Alfonso y cols., 2006; Matuz-Aznar, 2004; Vos y cols., 2006). Entre los problemas mentales más frecuentemente asociados a la violencia de pareja se han encontrado la depresión (revisado por Golding, 1999; Rodriguez y cols., 2008; Hegarty y cols., 2004; Matud-Aznar, 2004; Kramer y cols., 2004; Pico-Alfonso y cols., 2006; Coker y cols., 2002), la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (Rodriguez y cols., 2008; Dutton y cols., 2006; Pico-Alfonso y cols., 2006; Amor y cols., 2002; revisado por Golding, 1999; Pico-Alfonso, 2005b; Garcia-Linares y cols., 2004; Pico-Alfonso y cols., 2004; Houry y cols., 2006). Otros problemas de salud mental relacionados con la violencia de pareja han sido el abuso de alcohol y drogas (Breiding y cols., 2008; Coker y cols., 2002; revisado por Golding, 1999; Wingood y cols., 2000; Kaysen y cols., 2007), la ideación suicida (Pico-Alfonso y cols., 2006; Kramer y cols., 2004; revisado por Golding, 1999; Ellsberg y cols., 2008) e intentos de suicidio (revisado por Golding, 1999; Wingood y cols., 2000; Ellsberg y cols., 2008), la dependencia a la nicotina (Weaver y Etzel, 2003; Matud-Aznar, 2004), las alteraciones en la alimentación (Eby y cols., 1995; Campbell y cols., 2002), una baja autoestima (Aguilar y Nightingale, 1994; Amor y cols., 2002; Matud-Aznar, 2004), problemas de disfunción social (Echeburúa y Corral, 1998; Amor y cols., 2002; Alsaker y cols., 2006), alteraciones de personalidad (Pico-Alfonso y cols., 2008)

y alteraciones del sueño (Woods y cols., 2008; Humphreys y cols., 1999; Dienemann y cols., 2000).

5.1.2. Impacto en la salud física

Las consecuencias que la violencia de pareja puede conllevar en la salud física de las mujeres pueden producirse tanto a corto como a largo plazo. A corto plazo, las consecuencias más visibles son las lesiones físicas producidas durante los episodios de violencia física (Ellsberg y cols., 2008; Griffin y cols., 2005; Vung y cols., 2009), pudiendo provocar discapacidades sensoriales (Banks 2007) e incluso acabar con la vida de la mujer (revisado por Martínez y cols., 2004). A más largo plazo, debido a la situación de estrés crónico que supone vivir en una relación violenta, aparecen diversos problemas de salud física como resultado de una respuesta fisiológica activada y mantenida en el tiempo (Campbell y cols., 2002; Bonomi y cols., 2006).

El impacto de la violencia de pareja en la salud física de las mujeres ha sido evaluado a través de las siguientes medidas: percepción del estado general de salud, incidencia de síntomas físicos, diagnóstico de enfermedades físicas y utilización de servicios de salud. En general, esta información se ha recogido a través de autoinformes (revisado por Plichta, 2004; Ruiz-Pérez y cols., 2007), siendo escasos los estudios que la han obtenido de los registros médicos de las mujeres (Nicolaidis y cols., 2004; Lo Fo Wong y cols., 2007; Kernic y cols., 2000).

a. Percepción del estado general de salud

Se ha puesto de manifiesto que las mujeres víctimas de violencia de pareja valoran más negativamente su estado general de salud que las mujeres sin tal historia de violencia, habiéndose observado tanto en estudios llevados a cabo en población general (Lown y Vega, 2001; Coker y cols., 2002; Ellsberg y cols., 2008) como en centros de asistencia a mujeres víctimas (Matud-Aznar, 2004) y en servicios de atención médica (Campbell y cols. 2002; Coker y cols., 2000a;

Kramer y cols., 2004; Romito y cols., 2005; Raya-Ortega y cols., 2004; Bonomi y cols., 2006).

b. Incidencia de síntomas físicos

En cuanto a la incidencia de síntomas físicos, numerosos estudios han puesto de manifiesto que las mujeres víctimas de violencia de pareja informan de una mayor incidencia de síntomas de los sistemas nervioso, digestivo (Woods y cols., 2008; Garcia-Linares, 2005; Ellsberg y cols., 2008; Kovac y cols., 2003; Coker y cols., 2000a; Campbell y cols. 2002; Lown y Vega, 2001; Dienemann y cols., 2000; Kramer y cols., 2004), muscular (Campbell y cols. 2002, Garcia-Linares, 2005), reproductor (Woods y cols., 2008; Garcia-Linares, 2005; Kovac y cols., 2003; Coker y cols., 2000a; Campbell y cols. 2002; Lown y Vega, 2001; Plichta y col, 1996; Kramer y cols., 2004; Ellsberg y cols., 2008), endocrino (Garcia-Linares, 2005), respiratorio y circulatorio (Kovac y cols., 2003; Lown y Vega, 2001; Garcia-Linares, 2005; Woods y cols., 2008) que las mujeres que nunca han sufrido violencia por la pareja. Eby y cols., (1995), en su estudio llevado a cabo en un centro de acogida para mujeres víctimas de violencia, encontraron una incidencia entre moderada y alta de diversos síntomas físicos relacionados con estos sistemas corporales.

Los síntomas específicos del sistema nervioso más frecuentemente asociados a la violencia de pareja son los siguientes: dolor de cabeza (Garcia-Linares, 2005; Lo Fo Wong y cols., 2007; Kramer y cols., 2004; Campbell y cols., 2002; Eby y cols., 1995; Dienemann y cols., 2000; Coker y cols., 2000a; Kovac y cols., 2003) pesadillas (Dienemann y cols., 2000; Eby y cols., 1995; Garcia-Linares, 2005) y vértigos (Eby y cols., 1995; Kovac y cols., 2003; Ellsberg y cols., 2008; Garcia-Linares, 2005), si bien otros autores han encontrado una asociación con otros síntomas tales como amnesia, parálisis (Lown y Vega, 2001), dificultad al caminar, pérdida de memoria (Ellsberg y cols., 2008), visión borrosa, zumbido en los oídos, temblor de manos y entumecimiento (Eby y cols., 1995; Garcia-Linares, 2005).

En cuanto al sistema digestivo, la violencia de pareja se ha asociado con la incidencia de los síntomas pérdida de apetito (Campbell y cols., 2002; Eby y cols., 1995), acidez estomacal, náuseas y/o vómitos (Eby y cols., 1995; Garcia-Linares, 2005), estreñimiento, diarrea (Coker y cols., 2000a; Eby y cols., 1995; Garcia-Linares, 2005) y dolor de estómago (Garcia-Linares, 2005; Lo Fo Wong y cols., 2007; Eby y cols., 1995; Campbell y Soeken, 1999a; Campbell y cols., 2002). Por otro lado, respecto al sistema muscular, se ha observado una asociación entre la violencia de pareja y la incidencia de los síntomas dolor de espalda (Woods y cols., 2008; Lo Fo Wong y cols., 2007; Eby y cols., 1995; Campbell y cols., 2002; Coker y cols., 2000a; Garcia-Linares, 2005), fatiga, pérdida de energía, dolores musculares y calambres (Eby y cols., 1995; Garcia-Linares, 2005).

Respecto al sistema reproductor, son numerosos los estudios que lo sitúan como el sistema sobre el que la violencia de pareja (física y sexual) impacta de forma más negativa (Campbell y cols., 2000; revisado por Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004), viéndose aumentada la incidencia de sintomatología cuando la violencia sexual concurre con la violencia física (Eby y cols., 1995; Wingood y cols., 2000; Garcia-Linares, 2005; Sánchez-Lorente, 2002). Los síntomas del sistema reproductor más frecuentemente descritos en mujeres víctimas de violencia de pareja han sido, en primer lugar, dolor pélvico, seguido de sangrado vaginal y dolor al realizar el coito (Garcia-Linares, 2005; Kovac y cols., 2003; Coker y cols., 2000a; Kramer y cols., 2004; Campbell y cols., 2002; Champion y cols., 2001; Eby y cols., 1995; Ellsberg y cols., 2008). No obstante, otros autores han encontrado una asociación con la incidencia de otros síntomas como sangrado anal (Eby y cols., 1995; Garcia-Linares, 2005), dolor al orinar (Eby y cols., 1995; Lown y Vega, 2001), dolor vaginal (Garcia-Linares, 2005), disminución del deseo sexual (Campbell y Soeken, 1999a) y problemas menstruales severos (Plichta y Abraham, 1996) tales como dismenorrea, periodos menstruales irregulares y sangrado menstrual excesivo (Kovac y cols., 2003; Lown y Vega, 2001; Champion y cols., 2001),

En cuanto al sistema respiratorio, la violencia de pareja se ha visto asociada con el síntoma respiración dificultosa o entrecortada (García-Linares, 2005; Kovac y cols., 2003; Lown y Vega, 2001; Eby y cols., 1995). Por otro lado, los síntomas del sistema circulatorio asociados con la violencia de pareja son dolor en el pecho y palpitaciones (García-Linares, 2005; Kovac y cols., 2003; Lown y Vega, 2001; Eby y cols., 1995). Finalmente, ha sido bien documentada una elevada incidencia de dolor crónico en las mujeres víctimas de violencia de pareja (Eby y cols., 1995), siendo mayor que en las mujeres sin violencia (Lo Fo Wong y cols., 2007; Coker y cols., 2000a; Kramer y cols., 2004; Dienemann y cols., 2000; revisado por Plichta, 2004; Ellsberg y cols., 2008).

c. Incidencia de enfermedades físicas

Diversos estudios informan de una mayor incidencia de enfermedades físicas en las mujeres víctimas de violencia de pareja que en las mujeres sin violencia (Campbell y cols., 2002; Coker y cols., 2000a; Plichta y Abraham, 1996; García-Linares, 2005; Matud-Aznar, 2004; revisado por Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004; Plichta, 2004), presentando además un mayor riesgo de padecer enfermedades de carácter crónico (Raya-Ortega, 2004; Coker y cols., 2002; Ruiz-Pérez y cols., 2007).

Las enfermedades físicas más frecuentemente asociadas con la violencia de pareja han sido las del sistema reproductor (Campbell y cols., 2000; revisado por Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004), principalmente infecciones genitales (Campbell y cols., 2002), infecciones de orina (Coker y cols., 2000a; Campbell y cols., 2002; Eby y cols., 1995; Plichta y Abraham, 1996; García-Linares, 2005) y enfermedades de transmisión sexual (Coker y cols., 2000a; Campbell y cols., 2002; Plichta y Abraham, 1996; Wingood y cols., 2000; Champion y cols., 2001; Kramer y cols., 2004), seguidas de infertilidad (Eby y cols., 1995). En relación a la incidencia de enfermedades de transmisión sexual, algunos estudios han puesto de manifiesto la presencia de comportamientos de riesgo para su contagio en mujeres víctimas de violencia sexual tales como la escasa utilización de preservativos (Eby y cols., 1995) debido, mayoritariamente, a las amenazas de

violencia recibidas por la pareja cuando le proponen su utilización (Wingood y cols. 2000).

Por otro lado, la violencia de pareja se ha relacionado con la aparición de enfermedades del sistema digestivo (Campbell y cols., 2002; Kramer y cols., 2004; Garcia-Linares, 2005; revisado por Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004) tales como reflujo gástrico, úlcera de estómago y síndrome de colon irritable (Coker y cols., 2000a; Garcia-Linares, 2005), así como problemas articulares como la fibromialgia (Breiding y cols., 2008; revisado por Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004). Además se ha encontrado una mayor probabilidad de padecer enfermedades relacionadas con el sistema circulatorio (Breiding y cols., 2008) tales como ataques cardíacos (Lown y Vega, 2001) y angina de pecho (Coker y cols., 2000a). Finalmente, la violencia de pareja se ha asociado con un mayor riesgo de padecer hipercolesterolemia (Breiding y cols., 2008).

d. Utilización de los servicios de salud

Está bien documentado que las mujeres víctimas de violencia hacen un uso más frecuente de los diferentes servicios de salud (Woods y cols., 2008; Vung y cols., 2009), tales como servicios de urgencias, consultas psiquiátricas, servicios de atención primaria y de especialidades médicas que las mujeres sin tal historial de violencia (Coker y cols., 2000a; Kernic y cols., 2000; Kovac y cols., 2003; Lo Fo Wong y cols., 2007; Coker y cols., 2004; Paranjape y cols., 2006; Garcia-Linares, 2005). Así mismo, se ha encontrado que las mujeres víctimas pasan más días en cama, a consecuencia de los problemas de salud, que las mujeres sin violencia (Raya-Ortega y cols., 2004; Ruiz-Pérez y cols., 2007).

5.1.3. Impacto en el sistema inmune

Hasta la actualidad son escasos los estudios que han investigado el impacto de la violencia de pareja sobre el sistema inmune de las mujeres víctimas. Si bien, todos ellos coinciden en afirmar la existencia de alteraciones en la respuesta inmune asociada a dicha experiencia de victimización. Estudios llevados a cabo

con mujeres que presentan trastorno de estrés postraumático asociado a la violencia de pareja han puesto de manifiesto una función disminuida de los linfocitos T citotóxicos y de las células NK, así como niveles inferiores de IgA en la saliva en comparación con las mujeres en cuya relación de pareja no existe violencia (Woods, 2005). Además, se han encontrado niveles elevados de citocina pro-inflamatoria (IFN- γ) en mujeres víctimas de violencia con trastorno de estrés postraumático, encontrándose éste último como mediador entre la violencia y el sistema inmune (Woods y cols., 2005). Por otra parte, estudios llevados a cabo con mujeres que padecen depresión como consecuencia de la violencia de pareja han descrito una disminución de la actividad de los linfocitos T (Constantino y cols., 2000). Finalmente, en un estudio llevado a cabo en la Comunidad Valenciana bajo la dirección de la Dra. Manuela Martínez se han encontrado alteraciones en la respuesta inmune de las mujeres víctimas de violencia de pareja, consistiendo en una menor capacidad de neutralización del virus HS-1 en mujeres víctimas de violencia física y una mayor cantidad de IgA específica para el virus en mujeres víctimas de violencia psicológica (García-Linares y cols., 2004).

5.2. Estudios longitudinales

Hasta la actualidad han sido pocos los estudios longitudinales realizados sobre violencia de pareja y su impacto en la salud. Además, los estudios existentes son heterogéneos tanto en la metodología empleada -número de evaluaciones efectuadas, tiempo transcurrido entre las evaluaciones, etc-, como en el tipo de violencia estudiada. En relación al tipo de violencia, algunos estudios se centran únicamente en la violencia física (Campbell y cols., 1995; Zlotnick y cols., 2006; Mertin y Mohr, 2001), otros en la violencia física y sexual (Krause y cols., 2006; 2008; Perez y Johnson, 2008; Linton, 2002), otros en la violencia física y psicológica (Gerber y cols., 2008; Sutherland y cols., 1998; Testa y cols., 2003), otros se centran en la violencia física, psicológica y sexual (Staggs y cols., 2007; Schei y cols., 2006; Kernic y cols., 2003; Edwards y cols.,

2006) y, por último, una minoría lo hace en la violencia psicológica únicamente (Katz y Arias, 1999). Por otro lado, existen varias líneas de investigación dentro de los estudios longitudinales. En este sentido, algunos estudios se han centrado en el impacto de la violencia de pareja en la salud de las mujeres a lo largo del tiempo, es decir, en la evolución temporal de la salud (Campbell y Soeken, 1999b; Sutherland y cols., 1998), determinando los factores personales y sociales que actúan como mediadores en la recuperación de la salud o en el mantenimiento de la enfermedad (Mertin y Mohr, 2001; Campbell y cols., 1995; Krause y cols., 2008; Katz y Arias, 1999; Kernic y cols., 2003). Otros estudios se han centrado en el curso de la violencia de pareja a lo largo del tiempo (Campbell y cols., 1994; Coker y cols., 2007; Mouton y cols., 2004), determinando los factores que contribuyen a la decisión de la mujer de abandonar la relación violenta (Gortner y cols., 1997; Koepsell y cols., 2006) y disminuir así el riesgo de revictimización por la pareja (Bybee y Sullivan, 2002) o, por el contrario, aquellos que incrementan el riesgo de revictimización (Krause y cols., 2006; Bybee y Sullivan, 2005; Wenzel y cols., 2004; revisado por Cattaneo y Goodman, 2005; Waltermaurer y cols., 2006). Finalmente, otros estudios han explorado varios de estos aspectos de forma combinada (Zlotnick y cols., 2006; Testa y cols., 2003).

A continuación se describen los resultados encontrados en relación a la salud mental, la salud física y el sistema inmune de las mujeres víctimas de violencia de pareja.

5.2.1. Impacto en la salud mental

Diversos estudios longitudinales que han analizado el impacto de la violencia de pareja sobre la salud mental de las mujeres ponen de manifiesto una disminución en los niveles de depresión y ansiedad (Campbell y Soeken, 1999b; Mertin y Mohr, 2001; Sutherland y cols., 1998; Campbell y cols., 1995; Kernic y cols., 2003), así como en la incidencia del trastorno de estrés postraumático (Mertin y Mohr, 2001) a lo largo del tiempo. No obstante, la recuperación no es

total, habiéndose descrito que las mujeres continúan sufriendo síntomas del trastorno de estrés postraumático (Mertin y Mohr, 2001), síntomas depresivos, baja autoestima e insatisfacción, con independencia incluso del cese de la relación violenta (Zlotnick y cols., 2006). Así pues, en general, los estudios existentes ponen de manifiesto que si bien se produce una recuperación gradual a lo largo del tiempo, el impacto negativo de la violencia de pareja sobre la salud se mantiene a largo plazo (Sutherland y cols., 1998).

Entre los factores personales y sociales beneficiosos para la recuperación del estado de salud mental, la literatura científica incluye los siguientes: el cese de la violencia (Kernic y cols., 2003; Campbell y cols., 1995), el sentimiento de seguridad y control sobre la propia vida por parte de la mujer (Katz y Arias, 1999; Campbell y cols., 1995), la finalización de la relación violenta (Campbell y cols., 1995) y la existencia de apoyo social e institucional (Bybee y Sullivan, 2002; 2005; Campbell y cols., 1995). A su vez, la existencia de estos últimos se ha asociado con una mayor estabilidad laboral (Staggs y cols., 2007), así como con la decisión de finalizar la relación violenta (Zlotnick y cols., 2006; Koepsell y cols., 2006), además de incrementar la calidad de vida de la mujer, disminuyendo, así, el riesgo de revictimización por la pareja en el futuro (Bybee y cols., 2002; 2005; McFarlane y cols., 2004; Perez y Johnson, 2008).

Por otro lado, los factores psicosociales que se han encontrado asociados con el mantenimiento o el deterioro de la salud mental a lo largo del tiempo han sido la ausencia de apoyo social (Mertin y Mohr, 2001), la severidad de la violencia perpetrada por la pareja (Krause y cols., 2008; Perez y Johnson, 2008), un afrontamiento del problema basado en la evitación (Krause y cols., 2008) y la continuación de los episodios de violencia (Campbell y Soeken, 1999b; Mertin y Mohr, 2001; Krause y cols., 2008; Testa y cols., 2003; El-Bassel y cols., 2005).

5.2.2. Impacto en la salud física

Hasta la actualidad son pocos los estudios longitudinales existentes sobre el impacto a largo plazo de la violencia de pareja física, psicológica y/o sexual en la

salud física de las mujeres, siendo los principales aspectos investigados el impacto en la incidencia de síntomas físicos y en la utilización de los servicios de salud (revisado por Plichta, 2004). Esta información se ha recogido mediante autoinformes (Gerber y cols., 2008; Sutherland y cols., 1998; Schei y cols., 2006) y registros médicos de las mujeres (Bergman y Brismar, 1991; Rivara y cols., 2007).

En relación a la incidencia de síntomas físicos, independientemente del tipo de violencia evaluada, los estudios existentes han puesto de manifiesto una asociación entre la evolución de la violencia de pareja a lo largo del tiempo y la sintomatología física. Así, se ha observado una disminución en la incidencia de síntomas físicos concomitante al cese de la violencia y un incremento ante la continuación de la misma, siendo ésta última un factor predictor del empeoramiento de la salud física (Gerber y cols., 2008). Por otro lado, se ha descrito una disminución en la frecuencia de síntomas físicos de forma concomitante a la reducción de la violencia de pareja (Sutherland y cols., 1998), si bien la incidencia de múltiples síntomas físicos se mantiene a lo largo del tiempo, tales como vértigos, debilidad, palpitaciones, falta de energía, problemas de sueño, fatiga constante, dolor de cabeza, dolor de espalda, tensión muscular, falta de apetito y síntomas respiratorios como tos persistente, poniéndose de manifiesto la larga duración del impacto negativo de la violencia de pareja, incluso cuando la convivencia con el agresor ha finalizado (Sutherland y cols., 1998; Schei y cols., 2006).

En cuanto a la utilización de los servicios de salud por alteraciones físicas y mentales, se ha encontrado una disminución a lo largo del tiempo en mujeres en las que la violencia ha cesado (Rivara y cols., 2007), si bien continúan haciendo un uso más frecuente de tales servicios que las mujeres en cuya relación de pareja no existe violencia (Rivara y cols., 2007; Bergman y Brismar, 1991; 1992), a pesar incluso de su participación en un programa de intervención especializada (Bergman y Brismar, 1991). Estos resultados vienen a confirmar el impacto negativo y persistente de la violencia de pareja sobre la salud de las mujeres.

5.2.3. Impacto en el sistema inmune

En relación al impacto de la violencia de pareja en el sistema inmune de las mujeres a lo largo del tiempo, no se ha encontrado hasta la actualidad ningún estudio longitudinal que haya realizado un abordaje del tema.

6. Victimización previa a la violencia de pareja y su impacto en la salud de las mujeres

Si bien la violencia contra la mujer se produce mayoritariamente en el seno de una relación de pareja, convirtiéndose los compañeros íntimos en los principales perpetradores de dicha violencia (Krug y cols., 2002), ésta no es la única forma de violencia ejercida contra ella, pudiendo ser perpetrada por otras personas, en otros escenarios y en edades más tempranas, precediendo con frecuencia a la violencia de pareja una historia de múltiples experiencias de victimización (Nicolaidis y cols., 2004).

En este sentido, existe un cuerpo consolidado de investigaciones que ha puesto de manifiesto una asociación entre ser víctima de violencia por la pareja y haber sufrido experiencias de victimización previas ocurridas tanto en la infancia (Wingood y DiClemente, 1997; Rivera-Rivera y cols., 2006; Bensley y cols., 2003; Thompson y cols., 2006; Krause y cols., 2006; 2008; Pico-Alfonso, 2005b; Pico-Alfonso y cols., 2006; 2008; Garcia-Linares y cols., 2005) como en la edad adulta por personas diferentes a la pareja (Pico-Alfonso, 2005b; Leserman y cols., 1996; McCauley y cols., 1997; Rivera-Rivera y cols., 2006), incrementándose el riesgo de victimización en la edad adulta en función de la severidad de la violencia infantil experimentada (Rivera-Rivera y cols., 2006). Además, en víctimas de violencia de pareja se ha descrito un mayor riesgo de revictimización futura por nuevas parejas (Bybee y Sullivan, 2005; Wenzel y cols., 2004; Coker y cols., 2000b), así como por otras personas diferentes a la pareja (Krause y cols., 2008; Nicolaidis y cols., 2004).

Cada una de estas experiencias de victimización, generadas en el contexto de una interacción entre el perpetrador y la víctima, constituye una situación de estrés psicosocial en la que la víctima está expuesta a un estímulo potente que es la violencia ejercida sobre ella, bien de forma aguda (un único episodio) o bien crónica (múltiples episodios), habiéndose observado un efecto negativo acumulativo de diversas experiencias de victimización en la salud mental y física de las mujeres (Nicolaidis y cols., 2004; McNutt y cols., 2002). Por lo tanto, a la hora de evaluar el impacto de la violencia de pareja en la salud de las mujeres es necesario tener en cuenta las experiencias de victimización previas, controlando su efecto acumulativo sobre la salud.

En general, las experiencias de victimización se han asociado con consecuencias negativas para la salud de las mujeres en la edad adulta, tanto si ocurrieron en la infancia (revisado por Springer y cols., 2003; McCauley y cols., 1997) como en la adultez (Krantz y Östergren, 2000), observándose un mayor detrimento en la salud cuando tuvieron lugar ambos tipos de experiencias de victimización (McCauley y cols., 1997; Lang y cols., 2008), siendo el deterioro directamente proporcional a la severidad de la violencia vivida (Leserman y cols., 1996).

En relación a la violencia sufrida en la infancia, los resultados encontrados ponen de manifiesto un impacto negativo a largo plazo en la salud física y mental de las mujeres, tanto si la violencia se ejerció contra ellas (revisado por Leserman y cols., 1995; Farley y Patsalides, 2001; Wingood y DiClemente, 1997; Spertus y cols., 2003; McCauley y cols., 1997; Bensley y cols., 2003; Handa y cols., 2008; Hulme, 2000), como si fueron testigo de violencia entre sus padres (Bensley y cols., 2003).

Las consecuencias en la salud mental de las mujeres adultas más frecuentemente asociadas con la violencia en la infancia son el trastorno de estrés postraumático (Farley y Patsalides, 2001; Lang y cols., 2008, Spertus y cols., 2003), la ansiedad, la depresión (Spertus y cols., 2003; McCauley y cols., 1997), la ideación suicida (Hulme, 2000; McCauley y cols., 1997), una baja autoestima

y el abuso de alcohol y drogas (Wingood y DiClemente, 1997; McCauley y cols., 1997).

En cuanto a las consecuencias en la salud física a largo plazo, las mujeres víctimas de violencia física y/o sexual en la infancia valoran más negativamente su estado general de salud (Chartier y cols., 2007), presentan una mayor incidencia de dolor crónico y de diversos síntomas físicos que las mujeres sin tal historia de victimización (Leserman y cols., 1996; Farley y Patsalides, 2001; McCauley y cols., 1997; Hulme, 2000), siendo más negativo el impacto en la salud física cuando tuvo lugar la violencia sexual (Farley y Patsalides, 2001; McCauley y cols., 1997; revisado por Leserman y cols., 1995). Por otro lado, son varios los sistemas corporales que se han visto perjudicados en las mujeres víctimas de violencia en la infancia, tales como el respiratorio, el nervioso, el reproductor, el muscular (Farley y Patsalides, 2001; McCauley y cols., 1997; Hulme, 2000), el digestivo (revisado por Leserman y cols., 1995; McCauley y cols., 1997; Hulme, 2000), el dermatológico y el urinario (Farley y Patsalides, 2001). Por otro lado, la violencia en la infancia ha sido asociada a diagnósticos de síndromes de dolor crónico tales como fibromialgia, síndrome de fatiga crónica e intestino irritable y otros síndromes caracterizados por múltiple sintomatología física (revisado por Springer y cols., 2003). Así mismo, en víctimas de violencia sexual infantil se ha encontrado una asociación con la incidencia de múltiples enfermedades de transmisión sexual y con la práctica de comportamientos de riesgo para el contagio del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) (Wingood y DiClemente, 1997). Como consecuencia de este deterioro en el estado de salud, las mujeres víctimas de violencia en la infancia hacen un uso frecuente de los servicios de salud durante su edad adulta (Spertus y cols., 2003, Farley y Patsalides, 2001), tales como visitas a servicios de atención primaria (Hulme, 2000), centros de especialidades médicas (Chartier y cols., 2007), urgencias médicas (Chartier y cols., 2007; Walker y cols., 1999; Farley y Patsalides, 2001) y hospitalizaciones (McCauley y cols., 1997). Además, hacen un mayor uso de prescripciones médicas (Farley y Patsalides, 2001), presentan una peor capacidad funcional (Leserman y cols., 1996) y

cuentan con un mayor número de intervenciones quirúrgicas (Hulme, 2000; Leserman y cols., 1996) que las mujeres sin tal historial de victimización.

Por otro lado, varios estudios llevados a cabo con mujeres con trastorno de estrés postraumático asociado a la violencia física y/o sexual vivida en la infancia han puesto de manifiesto alteraciones en el funcionamiento del sistema inmune, encontrando una mayor activación de linfocitos T (Wilson y cols., 1999; Lemieux y cols., 2008), así como un aumento en la respuesta de hipersensibilidad retardada (Altemus y cols., 2003; 2006) en comparación con las mujeres que no cuentan con tal historia de victimización. Además, se ha encontrado un alto nivel de anticuerpos antinucleares en sangre en mujeres víctimas de violencia sexual en la infancia (De Bellis y cols., 1996). En conjunto, todos estos estudios subrayan el impacto a largo plazo de las experiencias de victimización tempranas sobre la respuesta inmunitaria en la edad adulta.

II. Estudio de campo

1. Objetivos e Hipótesis

Objetivos

El objetivo marco de la presente Tesis Doctoral fue determinar la evolución de la salud de las mujeres víctimas de violencia de pareja tras un periodo de 3 años, tiempo transcurrido desde la participación en un primer estudio.

Este objetivo marco se desglosó en los siguientes objetivos específicos:

1. Estudiar la evolución de la violencia de pareja experimentada por las mujeres a lo largo de los 3 años.
2. Determinar la evolución del estado de salud física y del funcionamiento del sistema inmune de las mujeres víctimas de violencia física y psicológica o solo psicológica a lo largo del tiempo.
3. Establecer qué factores personales y sociales tienen efecto beneficioso y cuáles perjudicial en la evolución del estado de salud física y del funcionamiento del sistema inmune de las mujeres.

Hipótesis

Las hipótesis planteadas al comienzo de la presente Tesis fueron las siguientes:

1. El estado de salud de las mujeres víctimas de violencia de pareja puede evolucionar a lo largo del tiempo, dando lugar a una mejora o a un empeoramiento.
2. En la medida en que las mujeres consigan llevar una vida libre de violencia por parte de su pareja y puedan tener control sobre su vida su estado de salud mejorará.
3. La existencia de apoyo social resultará beneficioso para la recuperación del estado de salud de las mujeres.
4. La existencia de factores generadores de estrés, tales como acontecimientos vitales negativos, contribuirá a la no mejora de la salud de las mujeres.

2. Material y Métodos

2.1. Establecimiento del contacto con las mujeres

El presente estudio forma parte de una investigación longitudinal más amplia llevada a cabo en la Comunidad Valenciana en el periodo de tiempo 2003-2005. Dicha investigación supone la continuación de una anterior de naturaleza transversal desarrollada entre los años 2000-2002. Entre la finalización de la primera investigación (T-1) y el comienzo de la segunda investigación (T-2) ha transcurrido un periodo temporal de aproximadamente 3 años ($33,2 \pm 4,12$ meses).

En T-1, el contacto con las mujeres víctimas de violencia de pareja se llevó a cabo en colaboración con los Centros Mujer 24 Horas de la Comunidad Valenciana (Alicante, Castellón y Valencia). Las psicólogas y trabajadoras sociales de dichos Centros informaron a las mujeres de la posibilidad de formar parte de la investigación. Aquellas mujeres que accedieron a participar fueron citadas posteriormente e informadas con mayor detalle de las características de la investigación: finalidad, duración de las entrevistas, naturaleza de las preguntas y procedimiento para la recogida de las muestras biológicas. Por otro lado, el contacto con las mujeres sin historial de violencia de pareja (grupo control) se estableció a través de diversas asociaciones de mujeres de las tres ciudades. La participación de las mujeres fue voluntaria, firmando un consentimiento por escrito. En esta primera investigación participaron 182 mujeres, 130 víctimas de violencia de pareja y 52 con una relación de pareja sin violencia (grupo control).

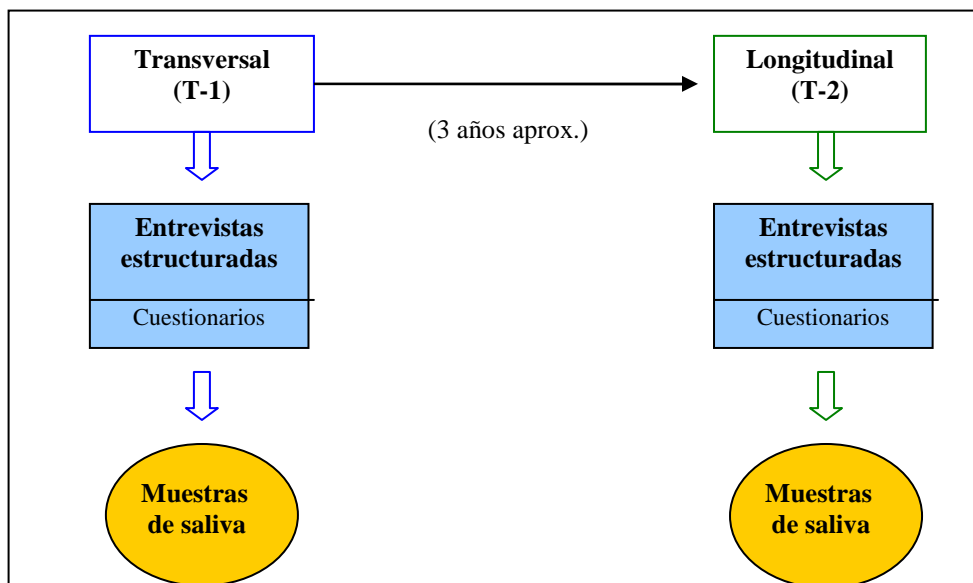
Por otro lado, en T-2 el nuevo contacto con las mujeres se llevó a cabo telefónicamente, estableciendo una cita cara a cara con una doble finalidad: entregarles un informe con los principales resultados obtenidos en la primera investigación e informarles sobre las características de la investigación longitudinal que se iba a llevar a cabo. Las mujeres que accedieron a participar lo hicieron de nuevo voluntariamente, firmando un consentimiento escrito. En esta segunda investigación participaron un total de 91 mujeres, 56 víctimas de violencia de pareja y 35 mujeres control, lo que representa una mortandad experimental del 50% (9,34% mujeres control y 40,66% víctimas de violencia de

pareja) respecto a la muestra del estudio transversal. Los motivos de dicha mortandad fueron los siguientes: imposibilidad de contactar telefónicamente con la mujer (n=49; 26,92%: 2,2% de las mujeres control y 24,72% de las víctimas de violencia de pareja), muerte por accidente de tráfico (n=1; 0,55% de las pertenecientes al grupo control), no asistencia a la primera cita (n=3; 1,65%: 0,55% de las mujeres control y 1,1% de las víctimas de violencia de pareja), rechazo a participar de nuevo en el estudio (n=29; 15,93%: 4,4% de las mujeres control y 11,53% de las mujeres víctimas de violencia de pareja) y no finalización de la participación en la investigación (n=9; 4,95%: 1,65% de las mujeres control y 3,3% de las mujeres víctimas de violencia de pareja).

2.2. Procedimiento

En ambos estudios, T-1 y T-2, la recogida de información se obtuvo mediante una serie de entrevistas estructuradas llevadas a cabo por un equipo de psicólogas. En dichas entrevistas se utilizaron cuestionarios que recogían información sobre diferentes aspectos de la vida de las mujeres, así como sobre su estado de salud. Además, las mujeres proporcionaron muestras de saliva para la determinación del funcionamiento inmunológico.

Figura 2. Procedimiento seguido en T-1 y en T-2



2.3. Entrevistas estructuradas

En T-1 las entrevistas a las mujeres víctimas de violencia de pareja se realizaron en los Centros Mujer 24 Horas, mientras que en T-2 se llevaron a cabo en su propio domicilio, en la Facultad de Psicología de la Universitat de València o en los Centros Mujer de Alicante y Castellón. En cuanto a las mujeres control, las entrevistas se realizaron en su propio domicilio tanto en T-1 como en T-2. Por lo general, la información se recopiló en 4-6 entrevistas de una duración aproximada de hora y media cada una.

2.3.1. Cuestionarios

Los cuestionarios utilizados en las entrevistas estructuradas, mostrados en la siguiente Tabla, se describen a continuación:

Cuestionarios utilizados durante las entrevistas estructuradas en T-1 y en T-2

- Características sociodemográficas de la mujer
- Relaciones de pareja
- Características de la violencia de pareja
- Historial de victimización
- Apoyo Social en T-2
- Acontecimientos vitales en T-2
- Salud física

2.3.1.1. Características sociodemográficas de la mujer

Tanto en T-1 como en T-2 la información recogida a través de este cuestionario de elaboración propia fue la siguiente (véase Tabla A):

- a. Edad
- b. Nivel de educación
- c. Estado civil
- d. Tipo de familia
- e. Número de hijos

- f. Número de hijos viviendo con la mujer
- g. Ingresos familiares mensuales
- h. Ocupación
- i. Ingresos económicos mensuales de la mujer
- j. Independencia económica
- k. Cambio de lugar de residencia en T-2
- l. Cambio de domicilio en la misma población en T-2

Tabla A. Características sociodemográficas de la mujer

<p>a. Edad</p> <p>b. Nivel de educación</p> <p>Lee y escribe</p> <p>Certificado escolar</p> <p>Graduado escolar</p> <p>Estudios secundarios</p> <p>Estudios universitarios medios</p> <p>Estudios universitarios superiores</p> <p>c. Estado civil</p> <p>Viuda</p> <p>Soltera sin convivencia con pareja</p> <p>Separada o Divorciada</p> <p>Soltera conviviendo con pareja</p> <p>Casada</p> <p>d. Tipo de familia</p> <p>Vive sola</p> <p>Familia monoparental</p> <p>Nido vacío</p> <p>Familia nuclear</p> <p>Familia extensa/Otras familias</p> <p>e. Número de hijos</p> <p>Menores de 18 años</p> <p>Mayores de 18 años</p> <p>f. Número de hijos viviendo con la mujer</p> <p>Menores de 18 años</p> <p>Mayores de 18 años</p>	<p>g. Ingresos familiares mensuales</p> <p>Menos de 450 €</p> <p>Entre 450-900 €</p> <p>Entre 900-1500 €</p> <p>Entre 1500-2100 €</p> <p>Más de 2100 €</p> <p>h. Ocupación</p> <p>Ama de casa</p> <p>Desempleada sin subsidio</p> <p>Trabajo sumergido</p> <p>Desempleada con subsidio</p> <p>Trabajo temporal</p> <p>Pensionista</p> <p>Trabajo fijo</p> <p>Autoempleo</p> <p>i. Ingresos económicos mensuales de la mujer</p> <p>No ingresos</p> <p>Menos de 450 €</p> <p>Entre 450-900 €</p> <p>Entre 900-1500 €</p> <p>Entre 1500-2100 €</p> <p>j. Independencia económica</p> <p>Dependencia del agresor/pareja</p> <p>Dependencia de una nueva pareja</p> <p>Dependencia de otras personas</p> <p>Independencia</p> <p>k. Cambio de lugar de residencia en T-2 Sí/No</p> <p>l. Cambio de domicilio misma población en T-2 Sí/No</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.3.1.2.2. Relación con otra pareja en T-2 diferente al agresor/pareja de T-1

Tabla C. Relación de la mujer con otra pareja durante T-2

Nuevas parejas en T-2
Total Parejas
Parejas previas (no en la actualidad)
Pareja actual:
Marido
Pareja de hecho
Novio

2.3.1.3. Características de la violencia de pareja

En ambos estudios se utilizaron tres cuestionarios independientes que evaluaban la violencia psicológica, física y sexual a la que habían estado expuestas las mujeres por parte de su pareja. En cada cuestionario se recogió la siguiente información (Tablas D y E):

2.3.1.3.1. Actos violentos, detallados a continuación:

Tabla D. Actos de violencia psicológica, física y sexual

a. Actos de Violencia Psicológica	b. Actos de Violencia Física
Insultos	Puñetazos
Humillaciones	Bofetadas
Aislamiento de la familia y los amigos	Patadas
Bloqueo en la toma de decisiones	Empujones
Abandono económico	Mordiscos
Persecución y acoso	Intentos de estrangulamiento
Amenazas de muerte a la mujer y/o su familia	
Amenazas sobre la custodia de los hijos	
Llamadas telefónicas intimidatorias	
Chantaje económico	
Chantaje emocional	
c. Actos de Violencia Sexual	
Sexo genital con penetración forzada	
Sexo anal con penetración forzada	
Sexo oral forzado de la mujer hacia el agresor	
Sexo oral forzado del agresor hacia la mujer	
Objetos insertados en vagina o ano	
Uso forzado de películas, fotografías pornográficas	

2.3.1.3.2. Medios coercitivos empleados durante los episodios de violencia física y violencia sexual:

Tabla E. Medios coercitivos utilizados durante los episodios de violencia física y sexual

a. Medios coercitivos durante la violencia física	b. Medios coercitivos durante la violencia sexual
Armas blancas	Amenazas con golpear a la mujer por rechazar el sexo
Armas de fuego	Amenazas con golpear a los hijos/as por rechazar el sexo
Lanzamiento de objetos	Amenazas con armas u objetos ante el rechazo del sexo

2.3.1.3.3. Frecuencia de los episodios de violencia

2.3.1.3.4. Duración de la violencia

2.3.1.3.5. Regularidad

2.3.1.3.6. Predicción por parte de la mujer de la violencia física y sexual

2.3.1.3.7. Sentimiento de la mujer de que su vida estaba en peligro

2.3.1.3.8. Existencia de violencia durante el último año

2.3.1.3.9. Tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia en T-2

2.3.1.4. Historial de victimización

2.3.1.4.1. Historial de violencia contra la mujer independiente de la violencia de pareja

A través de este cuestionario se recogió información sobre la incidencia de violencia física, psicológica y/o sexual llevada a cabo contra la mujer por personas diferentes al agresor/pareja. En T-1 se obtuvo información sobre la incidencia y el tipo de violencia vivida por la mujer tanto en la infancia (hasta la edad de 13 años) como en la edad adulta (14 años o más). En T-2 se obtuvo información referente a los 3 años transcurridos desde la finalización del primer estudio (T-1). La información recogida para cada tipo de violencia fue la siguiente:

- Violencia física: actos cometidos (bofetadas, puñetazos, patadas, mordiscos, empujones y estrangulamientos), medios coercitivos (armas blancas, armas de fuego, lanzamiento de objetos), frecuencia y duración de la violencia.

- Violencia psicológica: actos cometidos (insultos, humillaciones, aislamiento, llamadas telefónicas intimidatorias, abandono económico, amenazas de muerte, persecución y acoso, chantaje económico, chantaje emocional), frecuencia y duración de la violencia.

- Violencia sexual: actos cometidos (exposición forzada a la exhibición de los órganos sexuales, amenazas de sexo forzado, tocamientos forzados de sus órganos sexuales, tocamientos forzados de los órganos sexuales del agresor, sexo forzado: genital, anal y oral), medios coercitivos (engaño, chantaje emocional, fuerza de la autoridad y sorpresa), frecuencia y duración de la violencia.

2.3.1.4.2. Historial de violencia familiar

En T-1 se preguntó a las mujeres si habían sido testigo de violencia entre sus padres en algún momento de sus vidas, recogiendo información sobre la incidencia y el tipo de violencia presenciada.

2.3.1.5. Apoyo Social en T-2

Para medir el grado de apoyo social percibido por las mujeres en T-2 se utilizaron dos cuestionarios, detallados a continuación:

2.3.1.5.1. Cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC

Se utilizó el cuestionario Duke-UNC (Broadhead y cols., 1988), validado en población española por Bellón y cols. (1996). Este cuestionario incluye 11 ítems, evaluados mediante una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta, puntuadas de 1 a 5 (desde “mucho menos de lo que deseo” a “tanto como deseo”). Se trata de un cuestionario que recoge dos dimensiones del apoyo social: apoyo confidencial y afectivo. La dimensión de apoyo confidencial mide la percepción de disponibilidad de personas con las que compartir inquietudes y recibir información y consejo ante las dificultades, mientras que la dimensión de apoyo afectivo mide la percepción de amor, estima y simpatía recibidos de otras personas. La puntuación total obtenida es un reflejo del apoyo social percibido, siendo a menor puntuación menor el grado de apoyo social percibido. El

cuestionario ofrece un punto de corte que clasifica el apoyo social percibido en bajo (≤ 32) o normal (> 32).

2.3.1.5.2. Cuestionario de Apoyo Social Comunitario

Por otro lado, se utilizó el cuestionario de Apoyo Social Comunitario (Gracia y cols., 2002), que evalúa la participación e integración en la comunidad y la percepción de apoyo social tanto en sistemas formales como informales. Está formado por 25 ítems, evaluados mediante una escala tipo Likert con 5 opciones de respuesta (desde “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”). Este cuestionario se divide en las siguientes 3 escalas:

1. Integración y Participación comunitaria (11 ítems): evalúa las interacciones sociales con el vecindario y la comunidad, así como el grado de satisfacción con las relaciones sociales establecidas.
2. Apoyo social en sistemas informales (10 ítems): evalúa la percepción de apoyo social en diferentes sistemas informales de la comunidad, tales como asociaciones deportivas o culturales, grupos sociales o cívicos, la parroquia, etc.
3. Apoyo social en sistemas formales (4 ítems): evalúa la medida en que diversas organizaciones y servicios a la comunidad, tales como servicios sociales, centros educativos, etc., son percibidos como fuentes potenciales de apoyo.

La puntuación obtenida en cada una de las escalas del cuestionario es directamente proporcional al grado de apoyo social percibido.

2.3.1.6. Acontecimientos Vitales en T-2

En este cuestionario de elaboración propia se recogió información sobre los acontecimientos o sucesos (agradables y desagradables) vividos por la mujer desde la finalización de T-1 que habían requerido un reajuste de su vida diaria. A través de una pregunta abierta la mujer describía tantos acontecimientos como deseara. Para cada uno de ellos se preguntó el tiempo transcurrido desde el acontecimiento, así como la estimación del grado de reajuste requerido para

adaptarse al mismo (“nada”, “poco”, “bastante” o “mucho”). Finalmente, la mujer asignaba un valor subjetivo al acontecimiento en una escala continua entre 1 y 10, donde 1 era “el mejor acontecimiento de su vida” y 10 “el peor acontecimiento de su vida”.

2.3.1.7. Salud Física

Para la evaluación del estado de salud física de las mujeres, tanto en T-1 como en T-2 se utilizó un cuestionario de elaboración propia en el que se recogía información sobre síntomas físicos, enfermedades físicas y utilización de servicios de salud. A continuación se detalla la información recogida.

2.3.1.7.1. Síntomas físicos

Se recogió información sobre la incidencia de 35 síntomas físicos pertenecientes a 9 sistemas corporales (véase listado de síntomas en Tabla F). En T-1 se midió la incidencia de los síntomas físicos durante el último año previo a la entrevista a través de la pregunta: durante el último año, ¿has padecido de forma frecuente...?. En T-2 se midió la incidencia de los síntomas durante el último mes previo a la entrevista a través de la pregunta: durante el último mes, ¿has padecido de forma frecuente...?.

Respecto al sistema reproductor, para determinar la incidencia de los síntomas se preguntó a las mujeres si durante el tiempo evaluado se dio alguna de las siguientes circunstancias: menopausia, utilización de anticonceptivos orales, embarazo, uso de dispositivos intrauterinos (DIU) y ausencia de relaciones sexuales. En caso de responder afirmativamente a alguna de ellas, la mujer era excluida del análisis de la incidencia de los síntomas que podían ser efecto secundario de dicha circunstancia o bien estar ausentes a consecuencia de la misma. De esta manera, las mujeres que tenían la menopausia fueron excluidas de los síntomas faltas prolongadas de la menstruación y dolor menstrual debido a la imposibilidad de padecerlos por la ausencia de ciclo menstrual. Las mujeres que tomaron anticonceptivos orales fueron excluidas de los síntomas faltas prolongadas de la menstruación, dolor menstrual y sangrado vaginal debido a que

es un tratamiento de elección para el dolor menstrual y pueden provocar como efecto secundario sangrado vaginal y faltas prolongadas de la menstruación tanto durante como inmediatamente después de su uso. Las mujeres embarazadas fueron excluidas de los síntomas faltas prolongadas de la menstruación y dolor menstrual, el primero por estar relacionado con el embarazo y el segundo por la imposibilidad de padecerlo durante el embarazo. Las mujeres que usaron dispositivos intrauterinos (DIU) como método de contracepción fueron excluidas de los síntomas dolor menstrual, sangrado vaginal y dolor pélvico debido a que éstos pueden aparecer como efecto secundario. Por último, las mujeres que no habían mantenido relaciones sexuales fueron excluidas del síntoma dolor al realizar el coito.

Tabla F. Síntomas físicos padecidos por la mujer

<p>1. Sistema Nervioso</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor de cabeza Mareos Entumecimiento Temblor de manos Zumbido en los oídos Vértigos Visión borrosa Pesadillas <p>2. Sistema Muscular</p> <ul style="list-style-type: none"> Falta de fuerza Fatiga Calambres Dolores musculares Dolor de espalda <p>3. Sistema Reproductor</p> <ul style="list-style-type: none"> Faltas prolongadas de la menstruación Dolor menstrual Sangrado vaginal Dolor vaginal Dolor al realizar el coito Dolor pélvico 	<p>4. Sistema Digestivo</p> <ul style="list-style-type: none"> Náuseas Vómitos Ardor Dolor de estómago Diarrea Estreñimiento Gases Sangrado anal <p>5. Sistema Urinario</p> <ul style="list-style-type: none"> Pérdidas de orina <p>6. Sistema Circulatorio</p> <ul style="list-style-type: none"> Dolor en el corazón o el pecho Palpitaciones <p>7. Sistema Respiratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> Respiración dificultosa <p>8. Piel</p> <ul style="list-style-type: none"> Prurito Erupciones <p>9. Sistema Endocrino</p> <ul style="list-style-type: none"> Cambios de peso corporal Falta de apetito
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2.3.1.7.2. Enfermedades físicas

Se recogió información sobre la incidencia de 17 enfermedades físicas, 9 de carácter agudo y 8 de carácter crónico (véase listado en Tabla G), padecidas por la mujer durante el último año de T-1 y durante los 3 años transcurridos entre la finalización de T-1 y el comienzo de T-2. La pregunta realizada fue la siguiente: “Durante... (el último año/los 3 últimos años), ¿recuerdas haber padecido...?”. Así mismo, se registró el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad.

Respecto al sistema reproductor, para el análisis de la incidencia de enfermedades de transmisión sexual se excluyeron aquellas mujeres que no mantuvieron relaciones sexuales durante los periodos de tiempo estudiados. Por otro lado, para el análisis de la incidencia de infertilidad se excluyeron aquellas mujeres que informaron haber alcanzado la menopausia o haber utilizado anticonceptivos orales en los periodos evaluados, así como aquellas mujeres que durante el último año de T-1 habían estado embarazadas y presentaban puerperio.

Tabla G. Enfermedades físicas padecidas por la mujer

<u>ENFERMEDADES AGUDAS</u>	<u>ENFERMEDADES CRÓNICAS</u>
<p>1. Sistema Reproductor</p> <p>Infertilidad</p> <p>Infección genital</p> <p>Enfermedad de transmisión sexual</p> <p>2. Sistema Urinario</p> <p>Infección de orina</p> <p>3. Sistema Digestivo</p> <p>Úlcera</p> <p>Gastritis</p> <p>4. Sistema Respiratorio</p> <p>Bronquitis aguda</p> <p>5. Piel</p> <p>Eczema</p> <p>Herpes cutáneo</p>	<p>1. Sistema Digestivo</p> <p>Intestino irritable</p> <p>2. Sistema Circulatorio</p> <p>Hipertensión</p> <p>3. Sistema Respiratorio</p> <p>Asma</p> <p>4. Piel</p> <p>Psoriasis</p> <p>5. Sistema Endocrino</p> <p>Diabetes mellitus</p> <p>Hipertiroidismo</p> <p>Hipotiroidismo</p> <p>6. Otras enfermedades</p> <p>Alergia</p>

2.3.1.7.3. Utilización de los servicios de salud

Se recogió información sobre visitas al médico de atención primaria, visitas a centros de especialidades médicas, utilización de servicios de urgencia por motivos de violencia, utilización de servicios de urgencia por otros motivos y existencia de intervenciones quirúrgicas tanto durante el último año de T-1 como durante el último año de T-2.

2.4. Medidas biológicas: funcionamiento del sistema inmune

En ambos momentos temporales se recogieron muestras de saliva de las mujeres con el fin de determinar el control del sistema inmune sobre el virus herpes simple tipo 1 (virus HS-1). Este virus, perteneciente a la familia de los virus *Herpesviridae*, es un virus alfa neurotrópico que tiene un ciclo de replicación rápida, afecta a un amplio rango de células y establece infecciones latentes (revisado por Arduino y Porter, 2008). Su vía de transmisión es el contacto directo con la lesión o con fluidos corporales infectados (principalmente saliva). El virus HS-1 está ampliamente extendido en todo el mundo, si bien su prevalencia varía de un país a otro según el tipo de población estudiada (Howard y cols., 2003; Scoular y cols., 2002; Bünzli y cols., 2004; Xu y cols., 2007). En España se ha puesto de manifiesto una prevalencia del 84% en mujeres con edades comprendidas entre 25 y 45 años (De Ory y cols., 1999).

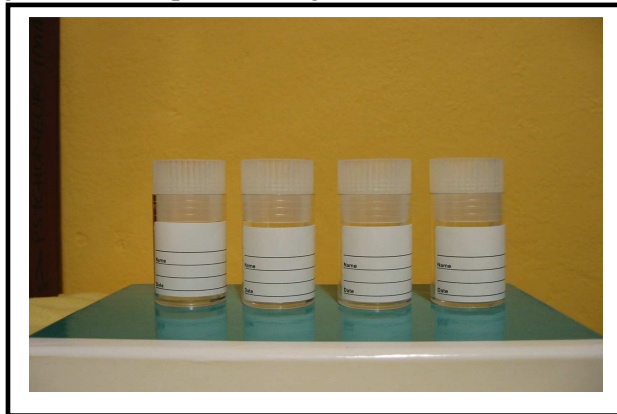
El funcionamiento del sistema inmune se determinó concretamente a través de tres parámetros: capacidad de neutralización del virus HS-1, cantidad de inmunoglobulina A (IgA) específica contra el virus HS-1 (IgA HS-1) y cantidad total de IgA en la saliva (IgA total). A continuación se describe el procedimiento llevado a cabo para la obtención y recogida de las muestras de saliva:

1. Entrega de material

Para la obtención de las muestras de saliva se entregó a las mujeres un total de seis tubos cilíndricos de 14,22 cm³ cada uno (véase Figura 3), de los cuales 4 eran para que depositaran la saliva y 2 en caso de que fuera necesario repetir

alguna muestra. Junto con los tubos se les entregó una hoja explicativa del procedimiento de obtención de la saliva y unas hojas de registro a cumplimentar por la mujer. Por último, se les entregó un bolso térmico y unos soportes congelables para el transporte de las muestras a una temperatura óptima.

Figura 3. Tubos para la recogida de las muestras de saliva



2. Procedimiento de obtención de la saliva

Las mujeres debían enjuagarse la boca con agua, evitando restos de dentífrico y un posible sangrado de las encías, antes de depositar la saliva en cada tubo. Tras ello, debían llenar cada tubo con saliva aproximadamente hasta la mitad.

En total debían recoger 4 tubos a lo largo de 2 días, separados por un intervalo de dos semanas, tal y como se detalla a continuación:

Día 1: correspondiente al 8º día después del inicio de la menstruación.

Día 2: catorce días después de la obtención de la primera muestra.

Cada día debían llenar 2 tubos: uno por la mañana entre las 8:00 y las 9:00 horas y otro por la tarde entre las 20:00 y las 21:00 horas. Una vez llenado el tubo, lo etiquetaban anotando el nombre y apellidos, el día, la hora y el tiempo en minutos empleado en llenarlo. Por otro lado, en caso de haber ingerido fármacos durante los días de recogida de muestras, las mujeres debían cumplimentar unas hojas registrando la siguiente información: nombre y apellidos, día, hora, nombre del fármaco y pauta de dosis (mañana, tarde y/o noche).

3. Conservación y transporte de los tubos

Una vez depositada la saliva en cada uno de los tubos, la mujer los guardaba en su congelador, entregándolos a la investigadora en la siguiente entrevista. El transporte de dichas muestras se efectuaba en un bolso térmico con hielo. Después eran trasladados al laboratorio de Psicobiología de la Facultad de Psicología de la Universitat de València, conservándolos a una temperatura de -21°C. Finalmente, fueron enviados al Harlow Center for Biological Psychology, Universidad de Wisconsin-Madison, EE.UU., cuyo análisis fue llevado a cabo por el equipo dirigido por el profesor Christopher L. Coe.

4. Análisis inmunológico

En ambos momentos temporales las muestras biológicas fueron mantenidas en el laboratorio de la Universidad de Wisconsin-Madison a -60°C 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, que fueron mezcladas. Se esterilizaron las alícuotas diluyendo la saliva en una proporción de 1:1 con 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, las cuales fueron utilizadas para los tres análisis inmunológicos (capacidad de neutralización del virus HS-1, IgA HS-1 e IgA total).

4.1. 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 μ l del compuesto anterior en cada uno de los 24 pocillos de una placa.
- 3) Las soluciones iniciales de virus HS-1 almacenadas de 10^8 dosis/ml de tejido infeccioso fueron diluidas para generar 100 dosis de tejido infeccioso por 100 μ l, y fueron combinadas con un volumen igual de saliva diluida (100 μ l).
- 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 CO₂.

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.

4.2. 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, siendo a continuación leída con un lector de placa de ELISA a 405 nm.

4.3. 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).

2.5. Análisis estadísticos

Se creó una base de datos utilizando el programa estadístico SPSS para Windows, versión 14. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con los tres grupos de mujeres establecidos en T-1 en función de la presencia o ausencia y el tipo de violencia de pareja sufrida en dicho momento temporal: grupo control, grupo de violencia psicológica y grupo de violencia física/psicológica. En el caso de las variables que no seguían una distribución normalizada se utilizaron las puntuaciones transformadas en su raíz cuadrada. Por otra parte, en caso de incumplimiento de los supuestos del análisis de varianza (ANOVA) se utilizó el test de Welch, aplicando las pruebas post-hoc de Tukey o T3 de Dunnett en función de su pertinencia. Así mismo, ante el incumplimiento de los supuestos de la prueba χ^2 de Pearson se utilizó el test exacto de Fisher. Por otro lado, para el estudio comparativo entre las mujeres participantes en T-2 y las no participantes, los dos grupos de mujeres víctimas de violencia fueron agrupados para los

análisis estadísticos debido a la ausencia de diferencias significativas entre ellos en las variables estudiadas. El punto de corte para la significación estadística fue una $p < 0,05$.

A continuación se exponen los análisis estadísticos realizados para cada bloque de datos, descritos en función del tiempo evaluado (T-1, T-2 y a lo largo del tiempo).

a) Características sociodemográficas

En T-1 y en T-2 se utilizó un ANOVA para comparar los grupos en las siguientes características sociodemográficas: edad, número de hijos y número de hijos viviendo con la mujer. Por otra parte, en ambos momentos temporales se utilizaron tablas de contingencia con la prueba χ^2 de Pearson para estudiar la asociación existente entre la violencia de pareja y las siguientes características sociodemográficas: nivel de educación, estado civil, tipo de familia, ingresos familiares mensuales, ocupación, ingresos económicos de la mujer, independencia económica, cambio de lugar de residencia y cambio de domicilio en la misma población (estas dos últimas sólo en T-2).

A lo largo del tiempo (de T-1 a T-2) se analizó la evolución de las características sociodemográficas a través de comparaciones intragrupo. El cambio en el número de hijos y en el número de hijos viviendo con la mujer se analizó mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas, mientras que la asociación a lo largo del tiempo del resto de características (categóricas) se analizó a través de la prueba χ^2 de Pearson.

b) Relaciones de pareja

b.1) Relación con el agresor/pareja de T-1

En ambos momentos temporales se estudiaron las diferencias entre los grupos en el número de denuncias por violencia de pareja, para lo cual se utilizó la prueba t de Student para muestras independientes. Por otra parte, a través de la prueba χ^2 de Pearson se estudió la asociación entre la violencia de pareja y las siguientes variables: relación, convivencia al tiempo de las entrevistas y tipo de

convivencia, incidencia de denuncias por violencia, tipo de violencia denunciada, denuncias paralizadas por la mujer y consecuencias legales hacia el agresor.

A lo largo del tiempo (de T-1 a T-2), el cambio o evolución de las variables anteriores en cada grupo fue analizado bien a través del test de McNemar para las variables dicotómicas (convivencia con el agresor/pareja al tiempo de las entrevistas, incidencia de denuncias por violencia y denuncias paralizadas) o bien a través de la prueba χ^2 de Pearson para las variables categóricas (relación, tipo de convivencia y consecuencias legales hacia el agresor).

b.2) Relación con otra pareja en T-2 diferente al agresor/pareja de T-1

Se estudiaron las diferencias entre los dos grupos de violencia en el número de nuevas parejas en T-2 a través de la prueba t de Student para muestras independientes. Además, se analizó la asociación existente entre la violencia de pareja y las variables parejas previas y tipo de pareja actual en T-2 mediante la prueba χ^2 de Pearson.

c) Características de la violencia de pareja

Tanto en T-1 como en T-2 se llevaron a cabo análisis de frecuencias para describir el tipo de violencia de pareja (psicológica, física y sexual) sufrida por la mujer, así como las siguientes características de violencia: actos violentos, frecuencia, duración y regularidad, sentimiento de vida en peligro, violencia durante el último año, medios coercitivos empleados y predictibilidad de la violencia. Por otro lado, se utilizaron los estadísticos descriptivos media y desviación típica para analizar el sumatorio de actos violentos y el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia.

d) Historial de victimización

Se aplicó la prueba χ^2 de Pearson con el fin de determinar la asociación de la violencia de pareja con cada una de las experiencias de victimización evaluadas: incidencia y tipo de violencia en la infancia, incidencia y tipo de violencia presenciada entre los padres (ambas en T-1) e incidencia y tipo de violencia en la edad adulta perpetrada por personas diferentes al agresor/pareja

de T-1. Así mismo, se utilizó la misma prueba para establecer la asociación existente entre la incidencia de violencia en la edad adulta por personas diferentes al agresor en T-1 y en T-2 dentro de cada grupo.

e) Apoyo social en T-2

El análisis de las diferentes escalas de apoyo social (funcional y comunitario) se llevó a cabo a través de un ANOVA, determinándose las diferencias existentes entre los grupos. Por otro lado, el análisis de la asociación entre la violencia de pareja y el tipo de apoyo social percibido (bajo o normal) se realizó mediante la prueba χ^2 de Pearson.

f) Acontecimientos Vitales en T-2

La cantidad total de acontecimientos vitales experimentados, así como la percepción de dichos acontecimientos se analizaron a través de comparaciones entre los grupos mediante un ANOVA. Por otra parte, la asociación entre la violencia de pareja y el tipo de acontecimientos vitales experimentados fue analizada a través de la prueba χ^2 de Pearson.

g) Salud física

g.1) Síntomas físicos

Tanto en T-1 como en T-2 la incidencia total de los síntomas físicos, así como la incidencia de los síntomas agrupados por sistemas corporales se analizaron a través de comparaciones entre los grupos mediante un ANOVA. Por otra parte, la asociación entre la violencia de pareja y la incidencia de cada uno de los 35 síntomas se comprobó a través de la prueba χ^2 de Pearson.

A lo largo del tiempo (de T-1 a T-2) se analizaron las diferencias entre los grupos en la evolución de la incidencia de los síntomas a través de un ANOVA. Así mismo, se llevaron a cabo comparaciones intragrupo para determinar la evolución de la incidencia total de síntomas y de cada sistema corporal a través de la prueba t de Student para muestras relacionadas. Por otra parte, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple para determinar los factores que

predecían la evolución en la incidencia total de síntomas físicos a lo largo del tiempo, introduciendo las siguientes variables: Paso 1: variables control (edad, consumo de psicofármacos en T-2, consumo de cigarrillos en T-2, cantidad de enfermedades físicas padecidas en T-2 y cantidad de síntomas físicos padecidos en T-1); Paso 2: historial de victimización; Paso 3: fuentes mediadoras de estrés en T-2 (convivencia con el agresor durante el último año, percepción de los acontecimientos vitales y apoyo social percibido) y Paso 4: evolución de la violencia de T-1 a último año de T-2 (cese o mantenimiento de la violencia física, psicológica y sexual). Finalmente, en cada grupo se estudió la evolución de la incidencia de cada uno de los 35 síntomas específicos a través del test de McNemar.

g.2) Enfermedades físicas

Tanto en T-1 como en T-2 se compararon los grupos en la cantidad total de enfermedades físicas agudas y crónicas a través de un ANOVA. Por otro lado, se analizó la asociación entre la violencia de pareja y la incidencia de cada una de las enfermedades físicas, agudas y crónicas, a través de la prueba χ^2 de Pearson.

A lo largo del tiempo (de T-1 a T-2), la evolución de la incidencia total de enfermedades físicas agudas se analizó tanto a través de comparaciones entre los grupos mediante un ANOVA como de comparaciones dentro de cada grupo mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas. Así mismo, en cada grupo se determinó la evolución de la incidencia de cada una de las 9 enfermedades físicas agudas a través del test de McNemar.

g.3) Utilización de servicios de salud

En T-1 y en T-2 se estudiaron las diferencias entre los grupos en el número de visitas realizadas a los diferentes servicios de salud, bien mediante un ANOVA en el caso de tres grupos, bien mediante la prueba t de Student para muestras independientes en el caso de dos grupos. Además, se analizó la incidencia en la utilización de los diferentes servicios de salud a través de la prueba χ^2 de Pearson.

A lo largo del tiempo, la evolución en la utilización de los servicios de salud se determinó tanto a través de comparaciones entre los grupos como de

comparaciones intragrupo. En el primer caso se utilizó un ANOVA, mientras que en el segundo caso se aplicó una prueba t de Student para muestras relacionadas o el test de McNemar en función de la naturaleza de los datos (cuantitativa vs. cualitativa, respectivamente).

h) Sistema inmune

h.1) Volumen y velocidad de secreción de la saliva

En ambos momentos temporales, el volumen y la velocidad de secreción de la saliva proporcionada por las mujeres fueron analizadas a través de comparaciones entre los grupos mediante un ANOVA. Además, para cada variable se estudió el grado de relación entre los días 1 y 2 de obtención de las muestras en T-1 y en T-2.

Por otra parte, se estudiaron las diferencias entre los grupos en el cambio producido a lo largo del tiempo mediante la prueba ANOVA. Finalmente, se calcularon coeficientes de correlación de Pearson con el fin de determinar el grado de relación entre la media total obtenida en T-1 y la obtenida en T-2.

h.2) Medidas inmunológicas: neutralización del virus HS-1, IgA HS-1 e IgA total

En T-1 y en T-2 se llevaron a cabo comparaciones entre los grupos a través de la prueba ANOVA. Además, se analizó la asociación entre la violencia de pareja y la ausencia de capacidad de neutralización del virus mediante la prueba χ^2 de Pearson. Por otra parte, en ambos momentos temporales se obtuvieron coeficientes de correlación de Pearson para determinar el grado de relación entre los días 1 y 2 de obtención de las muestras, así como el grado de relación entre las diferentes medidas inmunológicas.

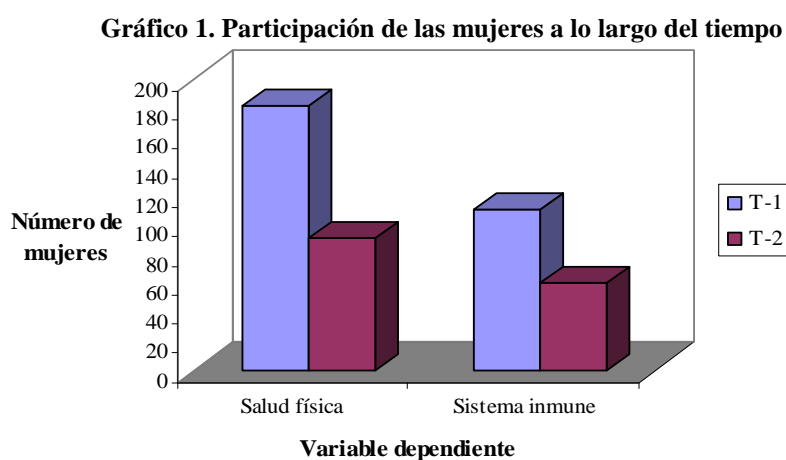
A lo largo del tiempo, la evolución en cada medida inmunológica se analizó tanto a través de comparaciones entre los grupos mediante la prueba ANOVA como de comparaciones intragrupo mediante la prueba t de Student para muestras relacionadas. Además, el cambio en la capacidad de neutralización del virus (ausencia vs. presencia) fue analizado a través del test de McNemar. Por

otra parte, para cada una de las medidas inmunológicas se estudió el grado de relación entre la media total obtenida en T-1 y la obtenida en T-2, así como la relación entre las diferentes medidas en la evolución experimentada a lo largo del tiempo. Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple con cada indicador del funcionamiento del sistema inmune para determinar los factores que predecían su evolución a lo largo del tiempo, introduciendo las siguientes variables: Paso 1: variables control (edad, consumo de fármacos durante la recogida de muestras, consumo de cigarrillos en T-2 y cantidad de enfermedades físicas padecidas en T-2); Paso 2: historial de victimización; Paso 3: fuentes mediadoras de estrés en T-2 (convivencia con el agresor al tiempo de las entrevistas, percepción de los acontecimientos vitales y apoyo social percibido) y Paso 4: evolución de la violencia de T-1 a último año de T-2 (cese o mantenimiento de la violencia psicológica, física y sexual).

3. Resultados

3.1. Participación de las mujeres a lo largo del tiempo

La muestra de mujeres participantes en el estudio longitudinal (T-2) difirió de la muestra del estudio transversal (T-1). Además, tanto en T-1 como en T-2, no todas las mujeres aportaron muestras de saliva, por lo que la determinación del funcionamiento del sistema inmune se llevó a cabo con una muestra inferior a la muestra total participante en el estudio de salud física. A continuación se detalla la participación de las mujeres en T-1, en T-2 y a lo largo del tiempo.



En T-1 participaron un total de 182 mujeres, distribuidas en tres grupos en función del tipo de violencia de pareja al que habían estado expuestas: grupo control, grupo de violencia psicológica y grupo de violencia física/psicológica. El grupo control estuvo formado por 52 mujeres, el grupo de violencia psicológica por 55 mujeres y el grupo de violencia física/psicológica por 75 mujeres. Además, la violencia sexual por la pareja se dio en el 16,4% (n=9) de las mujeres víctimas de violencia psicológica y en el 32% (n=24) de las mujeres víctimas de violencia física/psicológica. En T-2, de las 182 mujeres participantes en T-1, fueron un total de 91 mujeres las que participaron de nuevo: 35 mujeres del grupo control, 23 mujeres del grupo de violencia psicológica y 33 mujeres del grupo de violencia física/psicológica. Además, el 8,7% (n=2) de las mujeres víctimas de violencia psicológica y el 33,3% (n=11) de las mujeres víctimas de violencia física/psicológica habían sufrido también violencia sexual por la pareja. La prueba χ^2 de Pearson indicó que la participación de las mujeres en T-2 estuvo

asociada significativamente con la violencia de pareja [$\chi^2(2, N=182)=8,78$; $p<0,02$]: las mujeres del grupo control participaron en una frecuencia significativamente superior a la esperada por azar, siendo en los dos grupos de mujeres víctimas de violencia las frecuencias esperadas y observadas similares.

En cuanto a la participación en el estudio del sistema inmune, de las 182 mujeres que participaron en T-1, 111 aportaron muestras de saliva: 37 mujeres del grupo control, 27 mujeres víctimas de violencia psicológica y 47 mujeres víctimas de violencia física/psicológica. Además, el 18,5% ($n=5$) de las mujeres víctimas de violencia psicológica y el 27,7% ($n=13$) de las mujeres víctimas de violencia física/psicológica sufrieron violencia sexual por la pareja. En T-2, de las 111 mujeres que participaron en T-1, fueron 60 las que aportaron muestras de saliva nuevamente, quedando distribuidas como sigue: 24 mujeres del grupo control, 14 mujeres víctimas de violencia psicológica y 22 mujeres víctimas de violencia física/psicológica. La violencia sexual por la pareja se dio en el 7,1% ($n=1$) de las mujeres víctimas de violencia psicológica y en el 4,5% ($n=1$) de las mujeres víctimas de violencia física/psicológica. Tal y como indicó la prueba χ^2 de Pearson, la participación de las mujeres en el estudio del sistema inmune en T-2 fue similar a la esperada por azar en los tres grupos [$\chi^2(2, N=111)=2,79$; n.s.], por lo que la pérdida experimental producida de T-1 a T-2 (46%) fue independiente de la violencia de pareja.

A continuación se presenta un estudio comparativo de las características sociodemográficas, tipo de violencia de pareja, estado de salud física y funcionamiento del sistema inmune en T-1 de las mujeres participantes en T-2 y las no participantes (véase Tabla 1).

Tal y como se observa en la Tabla 1, la única diferencia existente entre las mujeres participantes y las no participantes en T-2 de ambos grupos (control y violencia de pareja) se produjo en relación al número de hijos viviendo con la mujer en T-1. En el grupo control, el número de hijos mayores de 18 años conviviendo con la mujer fue superior en aquellas mujeres que no participaron en T-2 [$t(50)=2,1$; $p<0,05$], mientras que en el grupo de violencia de pareja fue superior el número de hijos menores de 18 años [$t(128)=2,05$; $p<0,05$].

Tabla 1. Características sociodemográficas, tipo de violencia de pareja, estado de salud física y del sistema inmune en T-1 de las mujeres del grupo control y de las mujeres víctimas de violencia de pareja No Participantes vs. Participantes en T-2

	Control			Violencia de pareja		
	No participantes en T-2	Participantes en T-2	Estadísticos T-1 (χ^2 , t de Student)	No participantes en T-2	Participantes en T-2	Estadísticos T-1 (χ^2 , t de Student)
N=182	(n=17)	(n=35)		(n=74)	(n=56)	
Características sociodemográficas						
Edad (media \pm DT)	49,65(\pm 11,4)	45,11(\pm 12,8)	n.s.	41,73(\pm 11,68)	44,84(\pm 9,48)	n.s.
Nivel de educación			n.s.			n.s.
No lee ni escribe	0	0		2,7	0	
Lee y escribe	0	2,9		10,8	7,1	
Certificado escolar	11,8	17,1		27	16,1	
Graduado escolar	35,3	40		27	46,4	
Estudios secundarios	52,9	28,6		27	21,4	
Estudios universitarios medios	0	5,7		2,7	3,6	
Estudios universitarios superiores	0	5,7		2,7	5,4	
Estado civil			n.s.			n.s.
Viuda	0	2,9		5,4	0	
Soltera sin convivencia con pareja	0	0		4,1	14,3	
Separada o Divorciada	0	0		40,5	41,1	
Soltera conviviendo con pareja	5,9	14,3		4,1	3,6	
Casada	94,1	82,9		45,9	41,1	
Convivencia con el agresor/pareja			n.s.			n.s.
Ninguna	0	2,9		9,5	12,5	
Parcial	0	0		39,2	32,1	
Total	100	97,1		51,4	55,4	
Número de hijos viviendo con la mujer			n.s.			n.s.
Menores de 18 años	1,41(\pm 1,00)	1,11(\pm 1,02)	n.s.	1,42(\pm 1,01)	1,38(\pm 0,93)	p<0,05
Mayores de 18 años	0,59(\pm 0,87)	0,74(\pm 0,95)	p<0,05	0,89(\pm 0,85)	0,59(\pm 0,80)	n.s.
Independencia económica			n.s.			n.s.
Dependencia del agresor/pareja	70,6	65,7		48,6	35,7	
Dependencia de otras personas	0	0		9,5	12,5	
Independencia	29,4	34,3		41,9	51,8	
Violencia de pareja						
Tipo de violencia sufrida						n.s.
Psicológica	-	-	-	33,8	37,5	
Psicológica y sexual	-	-	-	9,5	3,6	
Física, psicológica	-	-	-	39,2	39,3	
Física, psicológica y sexual	-	-	-	17,6	19,6	
Denuncias por violencia de pareja						
(% de mujeres)	-	-	-	44,6	33,9	n.s.
(Media \pm DT)	-	-	-	0,77(\pm 1,14)	0,71(\pm 1,37)	n.s.
Salud física						
Cantidad total de síntomas físicos	4,71(\pm 3,55)	5,54(\pm 3,91)	n.s.	12,35(\pm 7,74)	13,52(\pm 6,69)	n.s.
Cantidad de enfermedades físicas	1,47(\pm 1,01)	1,57(\pm 0,85)	n.s.	2,35(\pm 2,24)	2,41(\pm 1,96)	n.s.
N=111	(n=13)	(n=24)		(n=38)	(n=36)	
Sistema inmune						
Neutralización del virus HS-1	2(1,15)	1,75(+1,33)	n.s.	0,63(+1,02)	0,86(+1,17)	n.s.
IgA específica para virus HS-1	0,49(+0,31)	0,63(+0,61)	n.s.	0,5(+0,46)	0,66(+0,56)	n.s.
IgA Total	19,31(+18,29)	20,62(+15,13)	n.s.	22,64(+18,72)	30,64(+82,77)	n.s.

En los sucesivos apartados se detalla, en primer lugar, el impacto de la violencia de pareja en la salud física de las mujeres a lo largo del tiempo y, en segundo lugar, el impacto de dicha violencia en el funcionamiento del sistema inmune. En cada apartado, y previo a la exposición de los resultados obtenidos sobre dicho impacto, se realiza una descripción de las mujeres participantes, ya que la muestra fue diferente para el estudio de la salud física y para el estudio del sistema inmune.

3.2. Impacto de la violencia de pareja en la salud física de las mujeres a lo largo del tiempo

3.2.1. Descripción de las mujeres participantes

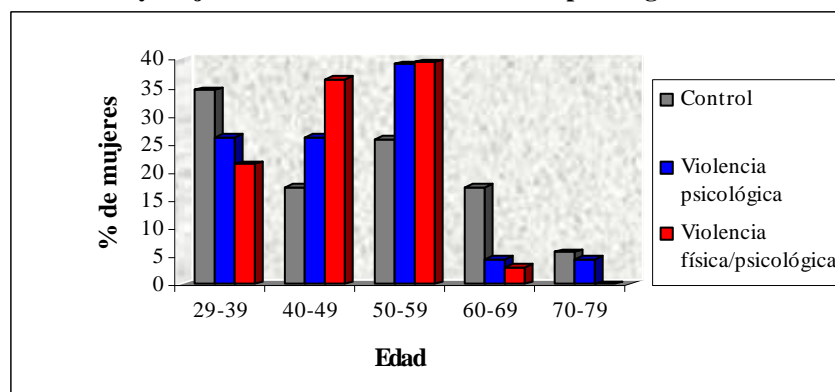
3.2.1.1. Cambio en las características sociodemográficas

Las características sociodemográficas de las mujeres que han participado en el presente estudio longitudinal se detallan a continuación (véase Tabla 2).

a. Edad

El rango de edad de las mujeres en T-2 osciló entre 29 y 79 años, siendo la edad media de 47,89 (DT=10,72) años. La edad media de las mujeres fue similar en los tres grupos, no existiendo diferencias significativas entre los mismos [$V_w(2;53,97)=0,11$; n.s.].

Gráfico 2. Edad de las mujeres control, mujeres víctimas de violencia psicológica y mujeres víctimas de violencia física/psicológica en T-2

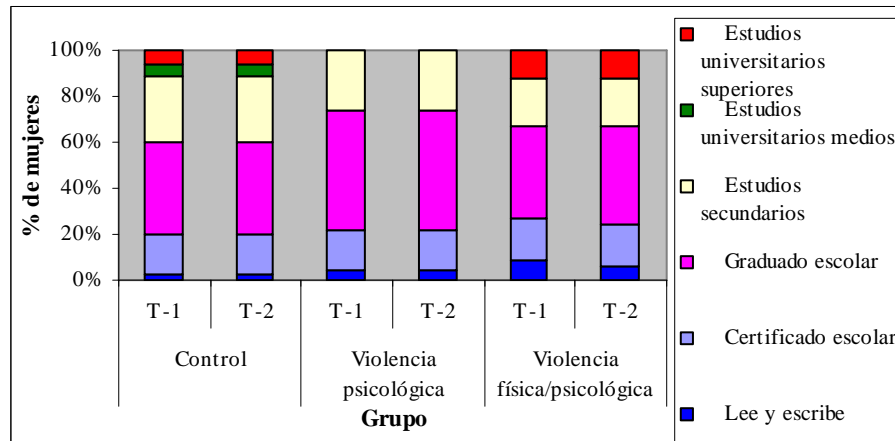


b. Nivel de educación

Tal y como muestra la Tabla 2, la violencia de pareja fue independiente del nivel de educación tanto en T-1 como en T-2 [Fisher; n.s.], siendo el nivel más frecuente en todos los grupos el de “graduado escolar” (véase gráfico 3). El nivel de educación se mantuvo de T-1 a T-2 en los tres grupos de mujeres [Fisher;

$p < 0,001$], a excepción de una mujer del grupo de violencia física/psicológica que cambió de la categoría “lee y escribe” a la categoría “graduado escolar”.

Gráfico 3. Nivel de educación de las mujeres control, mujeres víctimas de violencia psicológica y mujeres víctimas de violencia física/psicológica en T-1 y en T-2



c. Estado civil

Tanto en T-1 como en T-2 se encontró una asociación significativa entre el estado civil y la violencia de pareja [Fisher; $p < 0,001$]. En T-1, la cantidad de mujeres “casadas” fue significativamente superior a la esperada por azar en el grupo control e inferior a la esperada en el grupo de violencia física/psicológica, observándose el patrón contrario en las categorías “soltera sin convivencia con la pareja” y “separada o divorciada”. En T-2, la asociación encontrada fue en la misma dirección, además de observarse en el grupo de violencia psicológica una cantidad significativamente inferior de mujeres “casadas” y una cantidad superior de mujeres “separadas o divorciadas”.

A lo largo del tiempo, el estado civil en T-1 se asoció significativamente con el estado civil en T-2 [Fisher; $p < 0,001$] observándose, por un lado, una cantidad significativamente superior a la esperada por azar de mujeres con el mismo estado civil (Grupo control: “casadas”, Grupos de violencia psicológica y física/psicológica: “solteras sin convivencia con la pareja” y “separadas o divorciadas”) y, por otro lado, una cantidad superior de mujeres de los dos grupos de violencia cuyo estado civil cambió de “solteras conviviendo con pareja” a “soltera sin convivencia con pareja”.

d. Tipo de familia

El tipo de familia se encontró asociado con la violencia de pareja tanto en T-1 como en T-2 [Fisher; $p < 0,001$]. En ambos momentos temporales se observó una frecuencia significativamente superior a la esperada de mujeres del grupo control con “familia nuclear”, mientras que fue inferior la frecuencia de mujeres con “familia monoparental”.

En el grupo de violencia física/psicológica, la cantidad de mujeres en la categoría “familia nuclear” fue significativamente inferior a la esperada por azar en ambos momentos temporales, siendo la cantidad de mujeres en las categorías “vive sola”, “familia monoparental” y “familia extensa/otras familias” superior en T-1 y en la categoría “vive sola” superior en T-2. En cuanto a las mujeres víctimas de violencia psicológica, en T-2 se observó una frecuencia significativamente superior a la esperada de mujeres con “familia monoparental”.

A lo largo del tiempo, el tipo de familia no cambió significativamente ni en las mujeres del grupo control [Fisher; $p < 0,001$] ni en las mujeres víctimas de violencia psicológica y física/psicológica [Fisher; $p < 0,01$].

e. Número de hijos

La media de hijos por mujer fue similar en los tres grupos tanto en T-1 ([$F(2,88)=0,26$; n.s.]) como en T-2 ([$F(2,88)=0,15$; n.s.]). La distinción entre menores y mayores de 18 años tampoco arrojó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en ningún momento temporal, ni en el caso de hijos menores de 18 años (T-1: [$F(2,88)=0,23$; n.s.] y T-2: [$F(2,88)=0,88$; n.s.]), ni en el de mayores de 18 años (T-1: [$F(2,88)=0,48$; n.s.] y T-2: [$F(2,88)=0,78$; n.s.]).

En cuanto al análisis del cambio en el número de hijos, los resultados encontrados pusieron de manifiesto que el único cambio ocurrido tuvo lugar en el grupo de mujeres víctimas de violencia física/psicológica, en el que la media de hijos mayores de 18 años se incrementó significativamente a lo largo del tiempo [$t(32)=-2,1$; $p < 0,05$].

Tabla 2. Cambio en las características sociodemográficas de las mujeres del grupo control, mujeres víctimas de violencia psicológica y mujeres víctimas de violencia física/psicológica de T-1 a T-2 (% de mujeres)

Variable	Grupo control (n=35)		Grupo de violencia psicológica (n=23)		Grupo de violencia física/psicológica (n=33)		Estadísticos				
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	ANOVA; χ^2 o Exacto de Fisher		Asociación entre T-1 y T-2 (χ^2)		
							T-1	T-2	Grupo control	Grupo de violencia psicológica	Grupo de violencia física/psicológica
Edad (media \pm DT)	45,14(\pm 12,2)	47,91(\pm 12,8)	45,61(\pm 10,23)	48,61(\pm 10,06)	44,24(\pm 9,04)	47,36(\pm 8,89)	n.s.	n.s.	-	-	-
Nivel de educación							n.s.	n.s.	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Lee y escribe	2,9	2,9	4,3	4,3	9,1	6,1					
Certificado escolar	17,1	17,1	17,4	17,4	18,2	18,2					
Graduado escolar	40	40	52,2	52,2	39,4	42,4					
Estudios secundarios	28,6	28,6	26,1	26,1	21,2	21,2					
Estudios universitarios medios	5,7	5,7	0	0	0	0					
Estudios universitarios superiores	5,7	5,7	0	0	12,1	12,1					
Estado civil							p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Viuda	2,9	2,9	0	0	0	0					
Soltera sin convivencia con pareja	0	2,9	13	17,4	21,2	18,2					
Separada o Divorciada	0	0	30,4	56,5	45,5	63,6					
Soltera conviviendo con pareja	14,3	8,6	4,3	0	3	6,1					
Casada	82,9	85,7	52,2	26,1	30,3	12,1					
Tipo de familia							p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,01	p<0,01
Vive sola	2,9	5,7	0	4,3	12,1	21,2					
Familia monoparental	0	0	21,7	47,8	27,3	36,4					
Nido vacío	17,1	20	8,7	8,7	3	9,1					
Familia nuclear	80	71,4	65,2	26,1	39,4	24,2					
Familia extensa/Otras familias	0	2,9	4,3	13	18,2	9,1					
Número de hijos	1,89(\pm 1,21)	1,94(\pm 1,19)	2,09(\pm 1,04)	2,09(\pm 1,04)	2,03(\pm 1,10)	2,06(\pm 1,09)	n.s.	n.s.	n.s.	-	n.s.
Menores de 18 años	0,71(\pm 0,96)	0,74(\pm 0,95)	0,61(\pm 0,89)	0,52(\pm 0,85)	0,58(\pm 0,79)	0,48(\pm 0,76)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Mayores de 18 años	1,17(\pm 1,47)	1,2(\pm 1,45)	1,48(\pm 1,38)	1,57(\pm 1,34)	1,45(\pm 1,33)	1,58(\pm 1,32)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p<0,05
Número de hijos viviendo con la mujer	1,11(\pm 1,02)	1,09(\pm 1,04)	1,61(\pm 0,99)	1,26(\pm 0,86)	1,21(\pm 0,86)	0,97(\pm 0,95)	n.s.	n.s.	n.s.	p<0,01	p<0,05
Menores de 18 años	0,74(\pm 0,95)	0,74(\pm 0,95)	0,65(\pm 0,88)	0,52(\pm 0,85)	0,55(\pm 0,75)	0,45(\pm 0,75)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Mayores de 18 años	0,37(\pm 0,69)	0,34(\pm 0,68)	0,96(\pm 1,02) *	0,74(\pm 0,75)	0,67(\pm 0,85)	0,52(\pm 0,8)	p<0,05	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.

* Difiere del grupo control en T-1; p<0,05

Tabla 2. Continuación de cambio en las características sociodemográficas

Variable	Grupo control (n=35)		Grupo de violencia psicológica (n=23)		Grupo de violencia física/psicológica (n=33)		Estadísticos				
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	ANOVA; χ^2 o Exacto de Fisher		Asociación entre T-1 y T-2 (χ^2)		
							T-1	T-2	Grupo control	Grupo de violencia psicológica	Grupo de violencia física/psicológica
Ingresos familiares mensuales							p<0,01	p<0,01	p<0,001	p<0,01	p<0,01
Menos de 450 €	2,9	0	8,7	4,3	33,3	24,2					
Entre 450-900 €	14,3	25,7	34,8	43,5	21,2	36,4					
Entre 900-1500 €	45,7	34,3	34,8	34,8	33,3	27,3					
Entre 1500-2100 €	20	20	17,4	13	9,1	12,1					
Más de 2100 €	17,1	20	4,3	4,3	3	0					
Ocupación							n.s.	p<0,05	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Ama de casa	51,4	54,3	30,4	21,7	18,2	21,2					
Desempleada sin subsidio	5,7	0	4,3	4,3	9,1	3					
Trabajo sumergido	2,9	0	21,7	17,4	21,2	9,1					
Desempleada con subsidio	0	0	4,3	0	6,1	6,1					
Trabajo temporal	11,4	8,6	13	13	18,2	27,3					
Pensionista	2,9	8,6	8,7	8,7	6,1	9,1					
Trabajo fijo	20	22,9	17,4	34,8	18,2	21,2					
Autoempleo	5,7	5,7	0	0	3	3					
Ingresos económicos mensuales de la mujer							p<0,05	p<0,05	p<0,001	p<0,001	p<0,001
No ingresos	48,6	45,7	26,1	21,7	18,8	12,1					
Menos de 450 €	14,3	22,9	30,4	17,4	46,9	33,3					
Entre 450-900 €	20	17,1	34,8	43,5	25	39,4					
Entre 900-1500 €	11,4	11,4	8,7	17,4	9,4	15,2					
Entre 1500-2100 €	5,7	2,9	0	0	0	0					
Independencia económica							p<0,02	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Dependencia del agresor/pareja	65,7	65,7	43,5	30,4	30,3	18,2					
Dependencia de una nueva pareja	0	0	0	0	0	3					
Dependencia de otras personas	0	0	8,7	8,7	15,2	6,1					
Independencia	34,3	34,3	47,8	60,9	54,5	72,7					
Cambio de lugar de residencia en T-2		0		13,6		12,1	-	p=0,058	-	-	-
Cambio de domicilio misma población en T-2		17,1		17,4		12,1	-	n.s.	-	-	-

f. Número de hijos viviendo con la mujer

La media de hijos viviendo con la mujer fue similar en los tres grupos tanto en T-1 ([F(2,88)=1,96; n.s.]) como en T-2 ([F(2,88)=0,62; n.s.]). Respecto a la media de hijos menores de 18 años viviendo con la mujer, no existieron diferencias significativas entre los grupos ni en T-1 [F(2,88)=0,44; n.s.] ni en T-2 [F(2,88)=1,04; n.s.]. Sin embargo, se encontró una diferencia significativa entre los grupos en la media de hijos mayores de 18 años viviendo con la mujer en T-1 [Vw(2;49,89)=3,26; $p<0,05$], siendo mayor en el grupo de violencia psicológica que en el grupo control ($p<0,05$). No existieron diferencias significativas entre los grupos en T-2 [F(2,88)=1,98; n.s.].

En cuanto al cambio del número de hijos viviendo con la mujer en cada grupo a lo largo del tiempo, los resultados encontrados pusieron de manifiesto una disminución significativa en ambos grupos de violencia [Violencia psicológica: $t(22)=2,91$; $p<0,01$ y Violencia física/psicológica: $t(32)=2,27$; $p<0,05$], no existiendo diferencias en función de la edad de los hijos ni en el grupo de violencia psicológica [Menores: $t(22)=1,82$; n.s. y Mayores: $t(22)=1,55$; n.s.] ni en el de violencia física/psicológica [Menores: $t(32)=1,36$; n.s. y Mayores: $t(32)=1,31$; n.s.].

g. Ingresos familiares mensuales

Tanto en T-1 como en T-2, el nivel de ingresos familiares mensuales estuvo asociado a la experiencia de violencia de pareja [Fisher; $p<0,01$]: la cantidad de mujeres con ingresos de “más de 2100€” fue superior a la esperada en el grupo control, siendo la cantidad de mujeres con ingresos de “menos de 450€” significativamente inferior a la esperada en el grupo control y superior en el grupo de violencia física/psicológica.

Por otro lado, el nivel de ingresos familiares mensuales en T-1 estuvo asociado al nivel de ingresos en T-2, no observándose un cambio significativo ni en las mujeres del grupo control [Fisher; $p<0,001$] ni en las mujeres víctimas de violencia [Fisher; $p<0,01$].

h. Ocupación

En T-1 la ocupación desempeñada por las mujeres no se encontró asociada con la violencia de pareja [Fisher; n.s.], si bien sí lo estuvo en T-2 [Fisher; $p < 0,05$]. En el grupo control se observó una frecuencia superior a la esperada de mujeres “amas de casa”, mientras que en el grupo de violencia psicológica se observó una frecuencia superior de mujeres con “trabajo sumergido”. Por otro lado, en el grupo de violencia física/psicológica la frecuencia de mujeres “desempleadas con subsidio” y con “trabajo temporal” fue significativamente superior a la esperada por azar, siendo inferior la frecuencia de mujeres “amas de casa”.

La ocupación desempeñada en T-1 se asoció con la ocupación en T-2 en los tres grupos de mujeres [Fisher; $p < 0,001$], observándose únicamente los siguientes cambios a lo largo del tiempo: en el grupo de violencia psicológica se encontró una frecuencia superior de mujeres cuya ocupación cambió de “desempleada con subsidio” a “trabajo temporal” y en el grupo de violencia física/psicológica una frecuencia superior de mujeres cuya ocupación de “trabajo temporal” pasó a ser de “desempleada sin subsidio”.

i. Ingresos económicos mensuales de la mujer

El nivel de ingresos económicos mensuales de la mujer estuvo asociado a la violencia de pareja tanto en T-1 como en T-2 [Fisher; $p < 0,05$]. En ambos momentos temporales, la cantidad de mujeres en la categoría “no ingresos” fue significativamente superior en el grupo control e inferior en el grupo de violencia física/psicológica. Por otro lado, en T-1 la cantidad de mujeres en la categoría “menos de 450€” fue inferior a la esperada en el grupo control y superior en el grupo de violencia física/psicológica, mientras que en T-2 la cantidad de mujeres con ingresos económicos “entre 450€ - 900€” fue inferior a la esperada en el grupo control.

A lo largo del tiempo no se encontró un cambio significativo en el nivel de ingresos económicos mensuales de las mujeres en ningún grupo [Fisher;

$p < 0,001$], observándose una frecuencia superior a la esperada de mujeres cuyo nivel de ingresos se mantuvo en T-2.

j. Independencia económica

La variable independencia económica de la mujer estuvo asociada significativamente con la violencia de pareja tanto en T-1 [Fisher; $p < 0,02$] como en T-2 [Fisher; $p < 0,001$]. En T-1, la cantidad de mujeres con “dependencia del agresor/pareja” fue significativamente superior a la esperada en el grupo control e inferior en el grupo de violencia física/psicológica, observándose el patrón contrario en la categoría “dependencia de otras personas”. En T-2, la frecuencia de mujeres con “dependencia económica del agresor/pareja” se dio en la misma dirección que en T-1 encontrándose, además, una cantidad de mujeres con “independencia” superior en el grupo de violencia física/psicológica e inferior en el grupo control.

A lo largo del tiempo, la situación de independencia económica se mantuvo en los tres grupos de mujeres, a excepción de un cambio observado en el grupo de violencia física/psicológica, en el que una frecuencia de mujeres superior a la esperada cambió su situación de “dependencia de otros” en T-1 a “dependencia de una nueva pareja” en T-2 [Fisher; $p < 0,001$].

k. Cambio de lugar de residencia en T-2

Tal y como queda reflejado en la Tabla 2, ninguna mujer del grupo control cambió de lugar de residencia en T-2, mientras que sí lo hizo el 13,6% de las mujeres víctimas de violencia psicológica y el 12,1% de las mujeres víctimas de violencia física/psicológica. Sin embargo, la asociación observada entre haber cambiado de lugar de residencia y la violencia de pareja alcanzó la significación estadística de forma marginal [Fisher; $p = 0,058$], encontrándose una frecuencia inferior a la esperada de mujeres del grupo control que no cambió de lugar de residencia en T-2.

I. Cambio de domicilio en la misma población en T-2

El cambio de domicilio en la misma población en T-2 ocurrió con una frecuencia similar a la esperada por azar en los tres grupos de mujeres, por lo que dicho cambio no estuvo asociado con la violencia de pareja [$\chi^2(2, N=91)=0,43$; n.s.].

m. Resumen

En resumen, a lo largo del tiempo transcurrido de T-1 a T-2 se observaron los siguientes cambios sociodemográficos en los grupos de violencia psicológica y física/psicológica:

a) En ambos grupos, una cantidad superior a la esperada de mujeres cambió su estado civil de “soltera conviviendo con pareja” a “soltera sin convivencia con pareja”. Así mismo, el número de hijos viviendo con la mujer disminuyó significativamente a lo largo del tiempo.

b) Por otro lado, en el grupo de violencia psicológica, una cantidad de mujeres superior a la esperada por azar cambió su ocupación de “desempleada con subsidio” por la de “trabajo temporal”.

c) Finalmente, en el grupo de violencia física/psicológica, el número de hijos mayores de 18 años se vio incrementado en T-2, observándose así mismo una frecuencia superior a la esperada de mujeres que cambió su situación de “dependencia de otros” por “dependencia de una nueva pareja” y de mujeres cuya ocupación cambió de “trabajo temporal” a “desempleada sin subsidio”.

3.2.1.2. Cambio en las relaciones de pareja

3.2.1.2.1. Relación con el agresor/pareja de T-1

a. Relación de pareja

Tal y como se observa en la Tabla 3a, el tipo de relación de pareja estuvo asociado significativamente con la violencia de pareja tanto en T-1 como en T-2 [Fisher; $p<0,001$]. En T-1, la cantidad de mujeres “separadas de la pareja” y

“separadas/divorciadas del marido” fue significativamente superior a la frecuencia esperada en el grupo de violencia física/psicológica e inferior en el grupo control, observándose el patrón contrario en la categoría de mujeres “casadas”. En T-2, de nuevo en el grupo control los resultados observados fueron en la misma dirección, mientras que en los grupos de violencia psicológica y violencia física/psicológica se observó una cantidad superior a la esperada de mujeres “separadas/divorciadas del marido” e inferior de mujeres “casadas”.

A lo largo del tiempo, la relación con el agresor/pareja de T-1 no varió en ninguno de los tres grupos de mujeres, encontrándose una asociación significativa entre el tipo de relación en T-1 y el tipo de relación en T-2 [Fisher; $p < 0,001$].

b. Convivencia con el agresor/pareja al tiempo de las entrevistas

Existió una asociación significativa entre la convivencia con el agresor/pareja y la violencia de pareja tanto durante las entrevistas de T-1 [$\chi^2(2, N=91)=22,29$; $p < 0,001$] como durante las de T-2 [$\chi^2(2, N=91)=35,87$; $p < 0,001$]: la frecuencia de mujeres “conviviendo con el agresor/pareja” fue superior a la esperada en el grupo control e inferior en el grupo de violencia física/psicológica en ambos momentos temporales, siendo inferior a la esperada en el grupo de violencia psicológica en T-2.

A lo largo del tiempo se encontró un cambio significativo en la convivencia con el agresor/pareja en el grupo de violencia psicológica [McNemar; $p < 0,01$]: 8 mujeres que convivían con el agresor en T-1 dejaron de convivir en T-2 ($8/23=34,78\%$), mientras que ninguna mujer de las que no convivían en T-1 reanudó la convivencia en T-2 ($0/23=0\%$). Por otro lado, en el grupo de violencia física/psicológica se observó una tendencia similar alcanzándose la significación estadística marginalmente [McNemar; $p=0,055$]: 8 mujeres que convivían con el agresor en T-1 dejaron de convivir en T-2 ($8/33=24,24\%$), mientras que 2 mujeres que no convivían en T-1 reanudaron la convivencia en T-2 ($2/33=6,06\%$).

Tabla 3a. Cambio en la relación y la convivencia con el agresor/pareja de T-1 y en las denuncias por violencia de pareja de T-1 a T-2 (% de mujeres)

Variable	Grupo control		Grupo de violencia psicológica		Grupo de violencia física/psicológica		Estadísticos					
	(n=35)		(n=23)		(n=33)		t de Student; χ^2 o Exacto de Fisher		Asociación entre T-1 y T-2 (χ^2 ; McNemar)			
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	Grupo control	Grupo de violencia psicológica	Grupo de violencia física/psicológica	
Relación con el agresor/pareja							p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	
Viuda	2,9	2,9	0	0	0	0						
Separada de la pareja	0	2,9	13	17,4	21,2	18,2						
Separada/Divorciada del marido	0	0	21,7	47,8	42,4	54,5						
Soltera viviendo con la pareja	14,3	8,6	13	8,7	6,1	12,1						
Casada	82,9	85,7	52,2	26,1	30,3	15,2						
Convivencia con el agresor/pareja al tiempo de las entrevistas	97,1	94,3	69,6	34,8	45,5	27,3	p<0,001	p<0,001	n.s.	p<0,01	p=0,055	
Tipo de convivencia con el agresor/pareja *							p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	p<0,001	
Ninguna	2,9	2,9	21,7	34,8	6,1	54,5						
Parcial	0	2,9	8,7	34,8	48,5	30,3						
Total	97,1	94,3	69,6	30,4	45,5	15,2						
Denuncias por violencia de pareja (% de mujeres)	-	-	(n=4)	(n=0)	(n=15)	(n=5)						
(media \pm DT)	-	-	17,4	0	45,5	15,2	p<0,05	p=0,062	-	-	p<0,01	
	-	-	0,26(\pm 0,62)	0	1,03(\pm 1,65)	0,64(\pm 1,97)	p<0,02	p=0,072	-	p=0,056	n.s.	
Tipo de violencia denunciada							n.s.	-	-	-	-	
Psicológica	-	-	75	-	21,4	80						
Física	-	-	0	-	35,7	0						
Sexual	-	-	0	-	0	0						
Física y psicológica	-	-	25	-	42,9	20						
Denuncias paralizadas por la mujer	-	-	25	-	26,7	40	n.s.	-	-	-	n.s.	
Consecuencias legales hacia el agresor	-	-	(n=4)	-	(n=14)	(n=5)	n.s.	-	-	-	n.s.	
Ninguna			100		64,3	40						
Absuelto			0		7,1	0						
Multa económica			0		7,1	0						
Arresto domiciliario			0		7,1	0						
Arresto en dependencias policiales			0		14,3	20						
Busca y captura			0		0	20						
Prisión			0		0	20						

* durante el último año de T-1 y durante el periodo completo de T-2

-: Ausencia de medida

c. Tipo de convivencia con el agresor/pareja

El tipo de convivencia con el agresor/pareja se encontró significativamente asociado con la violencia de pareja tanto durante el último año de T-1 [Fisher; $p < 0,001$] como durante el periodo completo de T-2 [$\chi^2(2, N=91)=48,3$; $p < 0,001$]. En ambos momentos temporales, en el grupo control se observó una frecuencia superior a la esperada de mujeres con “convivencia total” e inferior de mujeres con “convivencia parcial”. En cuanto a las mujeres del grupo de violencia psicológica, en T-2 se observó una frecuencia superior de mujeres con “convivencia parcial” e inferior de mujeres con “convivencia total”. Por último, en el grupo de violencia física/psicológica se encontró una frecuencia inferior a la esperada de mujeres con “convivencia total” en ambos momentos temporales, encontrándose además una frecuencia superior de mujeres con “convivencia parcial” en T-1 y con “ninguna convivencia” en T-2.

A lo largo del tiempo se encontró una asociación significativa entre el tipo de convivencia con el agresor/pareja en T-1 y en T-2 en los tres grupos de mujeres [Fisher; $p < 0,001$]. La cantidad de mujeres del grupo control que se mantuvo en la categoría “convivencia total” fue superior a la esperada por azar. Por otro lado, en los grupos de violencia psicológica y violencia física/psicológica se observó que una frecuencia superior de mujeres con “convivencia parcial” en T-1 cambió a “ninguna convivencia” en T-2 y que una frecuencia también superior de mujeres con “convivencia total” en T-1 cambió a “convivencia parcial” en T-2.

d. Denuncias por violencia de pareja

El análisis del porcentaje de denuncias realizadas por violencia de pareja arrojó los siguientes resultados: en T-1 existió una asociación significativa entre las denuncias por motivos de violencia de pareja y el tipo de violencia experimentada [$\chi^2(1, N=56)=4,76$; $p < 0,05$], siendo la cantidad de mujeres que denunció superior a la esperada por azar en el grupo de violencia física/psicológica e inferior en el grupo de violencia psicológica. En T-2, si bien el porcentaje fue superior al esperado en el grupo de violencia física/psicológica,

la asociación entre el hecho de denunciar y el tipo de violencia de pareja no llegó a alcanzar la significación estadística esperada [Fisher; $p=0,062$].

A lo largo del tiempo se observó una disminución en el porcentaje de mujeres del grupo de violencia psicológica que denunció, si bien no se pudo realizar la prueba estadística debido a la ausencia de denuncias en T-2. En cuanto al grupo de violencia física/psicológica, el porcentaje de mujeres que denunció disminuyó significativamente a lo largo del tiempo [McNemar, $p<0,01$]: mientras que sólo 1 mujer que no denunció en T-1 lo hizo en T-2 ($1/33=3,03\%$), 11 mujeres que denunciaron en T-1 no lo hicieron en T-2 ($11/33=33,33\%$).

Por otro lado, en relación a la media de denuncias efectuadas, en T-1 se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos [$t(43,66)=-2,45$; $p<0,02$], siendo superior en el grupo de violencia física/psicológica. En T-2, de nuevo este último grupo interpuso más denuncias, si bien la diferencia fue estadísticamente marginal [$t(32)=-1,86$; $p=0,072$]. A lo largo del tiempo no existió una diferencia estadísticamente significativa en la media de denuncias interpuestas ni en el grupo de violencia física/psicológica [$t(32)=1,49$; n.s.] ni en el de violencia psicológica, si bien en este último se observó una disminución casi significativa [$t(22)=2,02$; $p=0,056$].

e. Tipo de violencia denunciada

Tal y como se observa en la Tabla 3a, en T-1 no se encontró una asociación significativa entre el tipo de violencia denunciada y el tipo de violencia de pareja [Fisher; n.s]. En T-2 no se calculó dicha asociación debido a que ninguna mujer del grupo de violencia psicológica interpuso denuncias. Por otro lado, no se pudo calcular la asociación entre el tipo de denuncias en T-1 y en T-2 en ningún grupo de violencia.

f. Denuncias paralizadas por la mujer

En T-1 no existió una asociación significativa entre paralizar las denuncias y el tipo de violencia de pareja [Fisher; n.s.]. Por otro lado, en T-2 no se calculó la asociación debido a la ausencia de denuncias en el grupo de violencia

psicológica. Finalmente, a lo largo del tiempo el hecho de paralizar las denuncias en T-1 fue independiente del hecho de paralizarlas en T-2 [Fisher; n.s.].

g. Consecuencias legales hacia el agresor

En T-1, las consecuencias legales hacia el agresor derivadas de las denuncias no estuvieron asociadas al tipo de violencia de pareja sufrida [Fisher; n.s.]. Destaca que en el grupo de violencia psicológica el 100% de las denuncias efectuadas (n=4) no tuvieron ninguna consecuencia legal hacia el agresor, sucediendo lo mismo en el 64,3% (n=9) de las denuncias interpuestas en el grupo de violencia física/psicológica. Por otro lado, en T-2 no se calculó la asociación entre las consecuencias legales hacia el agresor y la violencia de pareja experimentada debido a la ausencia de denuncias en el grupo de violencia psicológica. En el grupo de violencia física/psicológica el 40% de denuncias (n=2) no tuvo ninguna consecuencia legal hacia el agresor.

Finalmente, en el grupo de violencia física/psicológica se encontró una ausencia de asociación entre las consecuencias legales hacia el agresor en T-1 y las consecuencias en T-2 [Fisher; n.s.].

3.2.1.2.2. Relación con otra pareja en T-2 diferente al agresor/pareja de T-1

Ninguna mujer del grupo control mantuvo una relación en T-2 con una nueva pareja diferente a la pareja de T-1, ocurriendo lo contrario en las mujeres víctimas de violencia (véase Tabla 3b). Si bien, no existieron diferencias en la media total de nuevas parejas entre los dos grupos de violencia [$t(54)=-0,89$; n.s.].

Por otro lado, el 13% de las mujeres víctimas de violencia psicológica (n=3) y el 6,1% de las mujeres víctimas de violencia física/psicológica (n=2) mantuvieron, además, una relación afectiva en T-2 con una nueva pareja, previa a la pareja actual. La frecuencia observada en el grupo de violencia psicológica fue significativamente superior a la esperada por azar, indicando una asociación

significativa entre la relación con una pareja previa a la actual y la violencia de pareja [Fisher; $p < 0,05$].

Tabla 3b. Nuevas parejas en T-2 de las mujeres del grupo control y de las mujeres víctimas de violencia de pareja (% de mujeres)

Variable	Grupo control (n=35)		Grupo de violencia psicológica (n=23)		Grupo de violencia física/psicológica (n=33)		Estadísticos	
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2
Nuevas parejas en T-2								
Total Parejas (media \pm DT)	-	0	-	0,3(\pm 0,7)	-	0,45(\pm 0,56)	-	n.s.
Parejas previas (no en la actualidad)	-	0	-	(n=3) 13	-	(n=2) 6,1	-	$p < 0,05$
Pareja actual:	-	0	-	(n=3) 13	-	(n=13) 39,4	-	$p < 0,001$
Marido				0		0		
Pareja de hecho				33,3		23,1		
Novio				66,7		76,9		

-: Ausencia de medida

Finalmente, se encontró una asociación significativa entre la relación con una nueva pareja actual y la violencia de pareja [$\chi^2(2, N=91)=18,63$; $p < 0,001$]: la cantidad de mujeres en esta situación fue significativamente inferior a la esperada en el grupo control y superior a la esperada en las mujeres del grupo de violencia física/psicológica.

h. Resumen

Tanto en el grupo de violencia psicológica como en el de violencia física/psicológica se observó un aumento de mujeres cuya convivencia con el agresor cesó a lo largo del tiempo, si bien en el grupo de violencia física/psicológica este aumento se produjo de forma marginal. Así mismo, el tipo de convivencia cambió en ambos grupos, observándose una frecuencia superior a la esperada de mujeres con “convivencia parcial” en T-1 que cambió a “ninguna convivencia” en T-2 y una frecuencia también superior de mujeres con “convivencia total” en T-1 que cambió a “convivencia parcial” en T-2. Por otro lado, en ambos grupos de violencia el porcentaje de mujeres que interpuso denuncias disminuyó a lo largo del tiempo.

3.2.1.3. Evolución de las características de la violencia de pareja

Tanto en T-1 como en T-2 se evaluó la violencia física, psicológica y sexual llevada a cabo contra las mujeres por el agresor de T-1. A lo largo del tiempo, es decir, durante los tres años transcurridos desde la finalización de T-1 se produjeron algunos cambios en el tipo de violencia sufrida por las mujeres. A continuación se describe dicha evolución en cada uno de los grupos establecidos en T-1.

a) Grupo control

De las 52 mujeres del grupo control que participaron en T-1, 35 lo hicieron de nuevo en T-2 (67,3%). Durante el tiempo transcurrido entre ambos estudios ninguna de las mujeres sufrió episodios de violencia por parte de su pareja.

b) Mujeres víctimas de violencia de pareja

De las 130 mujeres víctimas de violencia de pareja que participaron en T-1, 56 lo hicieron de nuevo en T-2 (43,1%). Tal y como se presentó en la Tabla 1, no existieron diferencias en el tipo de violencia de pareja experimentada en T-1 entre las mujeres que participaron en el estudio longitudinal y aquellas que no lo hicieron. Por lo tanto, las mujeres que participaron en T-2 fueron representativas de la muestra original de mujeres víctimas de violencia de pareja en relación al tipo de violencia sufrida en T-1.

Teniendo en cuenta los grupos establecidos en T-1, grupo de violencia psicológica y grupo de violencia física/psicológica, el tipo de violencia al que estuvieron expuestas las mujeres de cada grupo, tanto en T-1 como en T-2, fue el siguiente (véase Tabla 4):

En T-1, de las 56 mujeres víctimas de violencia de pareja, el 58,9% (n=33) lo fue de violencia física y psicológica y el 41,1% (n=23) restante de violencia psicológica únicamente. Además, el 33,3% (n=11) de las mujeres que sufrió violencia física y psicológica y el 8,7% (n=2) de las mujeres expuestas

únicamente a violencia psicológica también fueron agredidas sexualmente por su pareja.

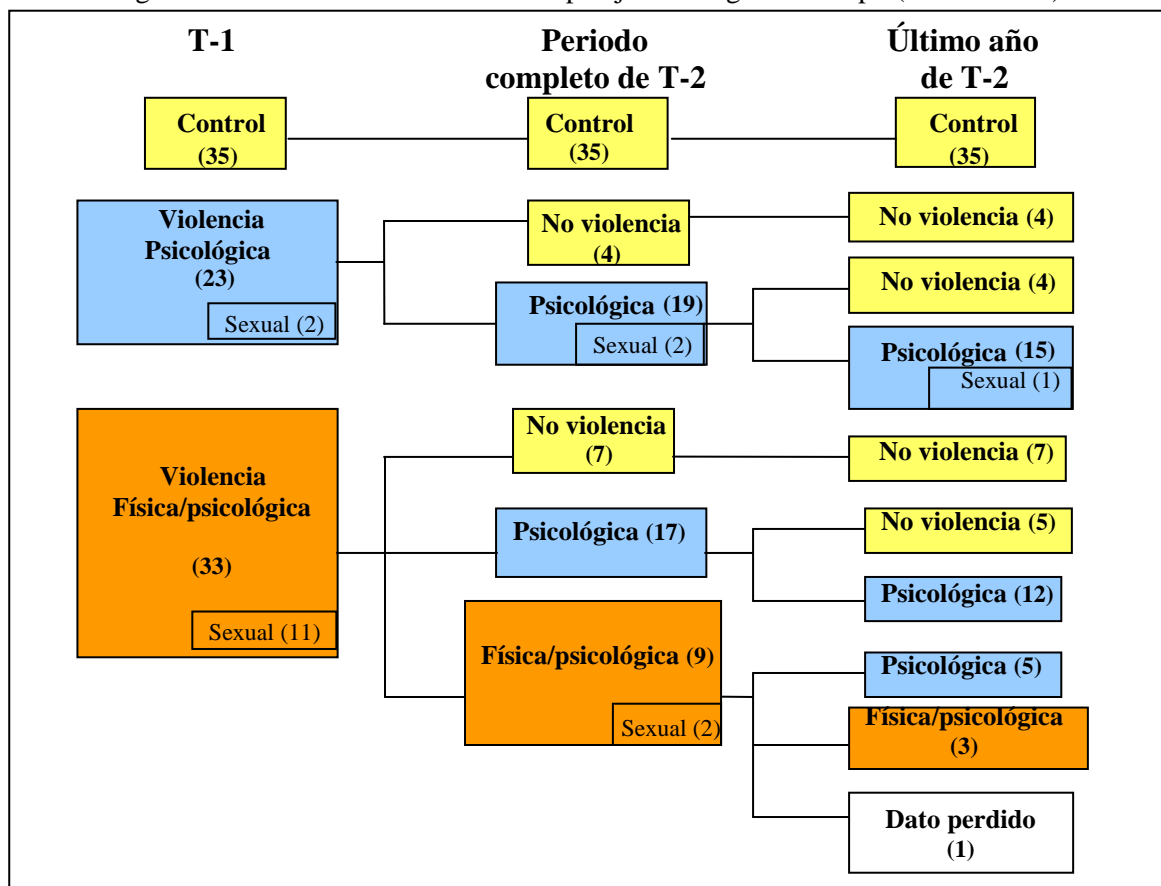
Tabla 4. Tipo de violencia experimentada por las mujeres víctimas de violencia psicológica y víctimas de violencia física/psicológica en T-1 y en T-2 (% de mujeres)

Variable	Grupo de violencia psicológica en T-1 (n=23)		Grupo de violencia física/psicológica en T-1 (n=33)	
	T-1	T-2	T-1	T-2
Tipo de violencia				
1-No violencia	-	17,4 (n=4)	-	21,2 (n=7)
2-Psicológica	91,3 (n=21)	73,9 (n=17)	-	51,5 (n=17)
3-Psicológica y sexual	8,7(n=2)	8,7 (n=2)	-	0
4-Física y psicológica	-	-	66,7 (n=22)	21,2 (n(5+2*)=7)
5-Física, psicológica y sexual	-	-	33,3 (n=11)	6,1 (n=2)

*2 mujeres víctimas de violencia física, psicológica y sexual en T-1 dejaron de sufrir violencia sexual en T-2
 -: Ausencia de medida

Durante T-2 el tipo de violencia experimentado por las mujeres cambió (véase Figura 4). De las 23 mujeres que en T-1 fueron víctimas de violencia psicológica, el 17,4% (n=4) dejó de sufrir violencia en T-2, el 73,9% (n=17)

Figura 4. Evolución de la violencia de pareja a lo largo del tiempo (de T-1 a T-2)



continuó sufriendo este tipo de violencia y el 8,7% (n=2) refirió además violencia sexual. Respecto a las 33 mujeres que en T-1 fueron víctimas de violencia física/psicológica, el 21,2% (n=7) continuó siendo objeto de este tipo de violencia (2 de las cuales sufrieron, además, violencia sexual en T-1), el 6,1% (n=2) sufrió además violencia sexual por su pareja, el 51,5% (n=17) fue víctima de violencia psicológica únicamente (4 de las cuales sufrieron también violencia sexual en T-1) y el 21,2% (n=7) dejó de ser víctima de violencia por la pareja (3 de las cuales fueron víctimas de violencia sexual en T-1).

Tal y como se observa en la Figura 4, de las 56 mujeres víctimas de violencia que participaron de nuevo en T-2, 11 de ellas (19,64%) dejaron de sufrir violencia por el agresor de T-1, mientras que las 45 mujeres restantes (80,4%) continuaron siendo víctimas en T-2 de algún tipo de violencia. Concretamente, los cambios ocurridos en la violencia de T-1 a T-2 fueron los siguientes:

- Cese de la violencia: 11 mujeres dejaron de ser víctimas de violencia de pareja en T-2, 4 de las cuales (36,4%) pertenecían al grupo de violencia psicológica y 7 (63,6%) al grupo de violencia física/psicológica establecido en T-1 (3 de las cuales también habían sido agredidas sexualmente).
- Reducción de la violencia: 17 mujeres del grupo de violencia física/psicológica establecido en T-1 (4 de las cuales también sufrieron violencia sexual por la pareja) fueron víctimas únicamente de violencia psicológica a lo largo de T-2.
- Mantenimiento de la violencia: el tipo de violencia se mantuvo a lo largo del tiempo en 28 mujeres: 19 (67,8%) del grupo de violencia psicológica en T-1 (2 de las cuales también fueron víctimas de violencia sexual) y 9 (32,2%) del grupo de violencia física/psicológica (4 de las cuales también sufrieron violencia sexual en T-1). En T-2, las mujeres continuaron siendo víctimas del mismo tipo de violencia, a excepción de 2 mujeres del grupo de violencia física/psicológica en las que la violencia sexual sufrida en T-1 cesó durante T-2.

Por otra parte, el tipo de violencia sufrida por las mujeres también cambió durante el último año previo a las entrevistas de T-2, tal y como se puede observar en la Figura 4. En dicho momento temporal, la violencia cesó en el 36,4% (n=20) de las mujeres víctimas de violencia de pareja en T-1 (N=55), viéndose reducida a violencia psicológica en el 30,9% (n=17) de las mujeres y manteniéndose el tipo de violencia en el 32,7% restante (n=18), a excepción de una mujer víctima de violencia física, psicológica y sexual que durante el último año de T-2 dejó de ser agredida sexualmente.

3.2.1.3.1. Evolución de la Violencia Psicológica

La evolución de las características de la violencia psicológica experimentada por las mujeres que participaron en el estudio longitudinal se muestra en la Tabla 5.

En T-1, tanto en el grupo de violencia psicológica como en el de violencia física/psicológica, los actos de violencia psicológica más frecuentemente sufridos fueron los insultos (78,3% vs. 93,9%), humillaciones (82,6% vs. 90,9%), aislamiento de la familia y los amigos (69,6% vs. 72,7%) y chantaje emocional (69,6% vs. 66,7%), siendo la media de actos padecidos superior a 5 (5,87 vs. 7,13). Alrededor del 70% de las mujeres de ambos grupos refirió sufrirlos regularmente, con una frecuencia superior a una vez por semana. La violencia psicológica tuvo una duración de más de 10 años en el 65,2% de las mujeres del grupo de violencia psicológica y en el 48,5% de las mujeres del grupo de violencia física/psicológica. La mayoría de las mujeres de ambos grupos sufrió episodios de violencia psicológica durante el último año de T-1 (81,8% vs. 93,9%).

Durante T-2, la violencia sufrida por las mujeres se ha diferenciado en función de que ocurriera durante los periodos en los que la mujer convivía con el agresor y durante los que estaba separada del mismo. Durante la convivencia con el agresor, en ambos grupos de mujeres los actos más frecuentes fueron los insultos (73,3% vs. 86,7%) y humillaciones (86,7% vs. 80%), siendo la media de

Tabla 5. Características de la Violencia Psicológica de pareja experimentada por las mujeres en T-1 y en T-2 (% de mujeres)

Variable	Grupo de violencia psicológica			Grupo de violencia física/psicológica		
	(n=23) T-1	(n=15)* Convivencia en T-2	(n=10) Separación en T-2	(n=33) T-1	(n=15)* Convivencia en T-2	(n=17) Separación en T-2
Actos						
Insultos	78,3	73,3	70	93,9	86,7	58,8
Humillaciones	82,6	86,7	80	90,9	80	52,9
Aislamiento de la familia y los amigos	69,6	40	0	72,7	46,7	17,6
Bloqueo en la toma de decisiones	60,9	33,3	10	63,6	40	5,9
Abandono económico	52,2	53,3	70	54,5	33,3	47,1
Persecución y acoso	21,7	0	0	42,4	20	35,3
Amenazas de muerte a la mujer y/o su familia	30,4	20	20	63,6	53,3	17,6
Amenazas sobre la custodia de los hijos	8,7	0	30	24,2	20	11,8
Llamadas telefónicas intimidatorias	13	0	40	30,3	13,3	64,7
Chantaje económico	56,5	33,3	20	36,4	20	41,2
Chantaje emocional	69,6	40	40	66,7	40	23,5
Σ Actos violentos (media y DT)	5,87(±2,14)	5,2(±2,14)	4,6(±2,01)	7,13(±1,99)	5,93(±2,99)	4,59(±2,69)
Frecuencia						
1 vez cada dos meses o menos	0	13,3	60	6,1	20	56,3
Aproximadamente 1 vez al mes	17,4	13,3	10	0	20	25
Aproximadamente 2-3 veces al mes	13	20	20	18,2	13,3	6,3
Más de una vez a la semana	69,6	53,3	10	69,7	46,7	12,5
Duración en T-1						
Menos de 1 año	0	-	-	6,1	-	-
1-3 años	13	-	-	6,1	-	-
3-5 años	17,4	-	-	12,1	-	-
5-10 años	4,3	-	-	21,2	-	-
Más de 10 años	65,2	-	-	48,5	-	-
Duración en T-2						
Menos de 6 meses	-	26,7	20	-	20	31,3
6-12 meses	-	6,7	0	-	0	12,5
1-2 años	-	20	30	-	26,7	6,3
Más de 2 años	-	46,7	50	-	53,3	50
Regularidad de la violencia						
	69,6	26,7	20	75,8	53,3	37,5
Sentimiento de vida en peligro						
	-	26,7	20	-	57,1	29,4
Violencia durante el último año						
	81,8	53,3	70	93,9	73,3	68,8
Meses transcurridos desde el último episodio						
	-	13,61(±14,9)	8,61(±9,96)	-	8,65(±12,35)	10,78(±11,9)

- : no categoría para el tiempo referido

*: 6 mujeres tienen además algún periodo de separación del agresor

actos sufridos superior a 5 (5,2 vs. 5,93). En aproximadamente el 50% de las mujeres de cada grupo la violencia se produjo con una frecuencia superior a una vez por semana y tuvo una duración superior a 2 años. Durante el último año de T-2, el 53,3% de las mujeres del grupo de violencia psicológica y el 73,3% de mujeres del grupo de violencia física/psicológica sufrieron violencia psicológica por el agresor. Por otro lado, 10 mujeres víctimas de violencia psicológica y 17 mujeres víctimas de violencia física/psicológica se separaron del agresor durante algún tiempo. Durante la separación, un porcentaje elevado de mujeres tanto del grupo de violencia psicológica como física/psicológica refirió insultos (70% vs.

58,8%) y humillaciones (80% vs. 52,9%). Además, un 70% de mujeres del grupo de violencia psicológica sufrió abandono económico y un 64,7% del grupo de violencia física/psicológica recibió llamadas telefónicas intimidatorias. En ambos grupos, la media de actos sufridos fue superior a 4, teniendo lugar, en la mayoría de mujeres, con una frecuencia de una vez cada dos meses o menos y durante más de 2 años. Finalmente, en cada grupo, alrededor del 70% de las mujeres sufrió violencia psicológica durante el último año de T-2.

3.2.1.3.2. Evolución de la Violencia Física

La evolución de las características de la violencia física sufrida por el grupo de violencia física/psicológica se detalla a continuación (Tabla 6).

La media de actos de violencia física sufridos fue de 3,36 (DT=1,22), siendo el acto más frecuente los empujones (93,9%). En el 36,4% de los casos el agresor lanzó objetos contra la mujer y en el 21,2% utilizó armas blancas. En la mayoría de los casos (63,6%) la violencia se produjo una vez cada dos meses o menos, teniendo una duración superior a 10 años en el 48,5%. Cerca del 50% de las mujeres podía predecir cuándo iba a ser físicamente agredida de nuevo. Finalmente, un porcentaje elevado de mujeres sintió que su vida estaba en peligro y fue víctima de violencia física durante el último año de T-1 (87,9% respectivamente).

Durante T-2, 8 mujeres expuestas a violencia física convivieron con el agresor algún periodo de tiempo. Durante la convivencia, el acto más frecuente fueron los empujones (75%), seguido de las bofetadas (50%), siendo la media de actos sufridos de 2,87 (DT=1,81). En el 25% de los casos el agresor lanzó objetos contra las mujeres. Más del 60% vivió este tipo de violencia una vez cada dos meses o menos, teniendo una duración superior a 2 años en el 50% de los casos. El 62,5% de las mujeres podía predecir cuándo iba a ser agredida físicamente, sintiendo su vida en peligro el 75% de las mismas. Durante el último año de T-2, el 25% refirió haber sido víctima de violencia física.

Tabla 6. Características de la Violencia Física de pareja experimentada por las mujeres del grupo de violencia física/psicológica en T-1 y en T-2 (% de mujeres)

Variable	Grupo de violencia física/psicológica		
	(n=33) T-1	(n=8)* Convivencia en T-2	(n=2) Separación en T-2
Actos			
Puñetazos	57,6	12,5	0
Bofetadas	60,6	50	50
Patadas	39,4	25	50
Empujones	93,9	75	100
Mordiscos	0	0	0
Intentos de estrangulamiento	51,5	25	50
Σ actos violentos (media y DT)	3,36(±1,22)	2,87(±1,81)	3,5(±2,12)
Medios coercitivos			
Ninguno	45,5	62,5	50
Armas blancas	21,2	12,5	0
Armas de fuego	3	0	0
Lanzamiento de objetos	36,4	25	50
Frecuencia			
1 vez cada dos meses o menos	63,6	62,5	100
Aprox. 1 vez al mes	9,1	0	0
Aprox. 2-3 veces al mes	9,1	25	0
Más de 1 vez a la semana	18,2	12,5	0
Duración en T-1			
Menos de 1 año	18,2	-	-
1-3 años	9,1	-	-
3-5 años	12,1	-	-
5-10 años	12,1	-	-
Más de 10 años	48,5	-	-
Duración en T-2			
Menos de 6 meses	-	12,5	100
6-12 meses	-	37,5	0
1-2 años	-	0	0
Más de 2 años	-	50	0
Regularidad de la violencia	21,2	25	0
Predictibilidad de la violencia	48,5	62,5	0
Sentimiento de vida en peligro	87,9	75	100
Violencia durante el último año	87,9	25	100
Meses transcurridos desde último episodio (Media y DT)	-	18,26(±12,2)	12#

- : no categoría para el tiempo referido

*: 1 mujer cuenta además con un periodo de separación del agresor

#: n=1

Por otro lado, a lo largo de T-2, 2 mujeres se separaron del agresor durante algún periodo de tiempo. Los empujones fueron el acto de violencia más frecuente (100%), siendo la media de actos de violencia sufridos de 3,5 (DT=2,12). En las 2 mujeres (100%) la violencia física se dio una vez cada dos meses o menos y tuvo una duración inferior a 6 meses. Ambas (100%) sintieron

su vida en peligro y fueron objeto de violencia física el último año de T-2 durante la separación.

3.2.1.3.3. Evolución de la Violencia Sexual

La evolución de las características de la violencia sexual sufrida por las mujeres que participaron en el estudio longitudinal se muestra en la Tabla 7.

En T-1, 2 mujeres del grupo de violencia psicológica (8,7%) y 11 del grupo de violencia física/psicológica (33,3%) sufrieron, además, violencia sexual por parte del agresor. En el grupo de violencia psicológica la media de actos de violencia sexual padecidos fue de 1,5 (DT=0,71), apareciendo con una frecuencia de una vez cada dos meses o menos en las 2 mujeres. En cuanto a la duración, ésta fue inferior a un año en una mujer (50%) y superior a 10 años en la otra (50%). Respecto a las mujeres del grupo de violencia física/psicológica, la media de actos de violencia sexual fue de 3 (DT=1,73), produciéndose con una frecuencia de una vez cada dos meses o menos en el 45,5% de mujeres. La duración fue inferior a un año en el 36,4% de las mujeres y superior a 10 años en otro 36,4%. Durante el último año, este tipo de violencia fue sufrida por el 54,5% de las mujeres víctimas de violencia física/psicológica, mientras que en el grupo de violencia psicológica ninguna mujer la padeció.

En T-2, la violencia sexual se dio en el 8,7% (n=2) de las mujeres víctimas de violencia psicológica y en el 6,1% (n=2) de las mujeres víctimas de violencia física/psicológica. Esta violencia se dio durante la convivencia con el agresor, no existiendo ningún episodio durante la separación. En el grupo de violencia psicológica la media de actos de violencia sexual padecidos fue de 2,5 (DT=0,71), produciéndose con una frecuencia de una vez cada dos meses o menos en un caso (50%). En cuanto a la duración, ésta fue inferior 6 meses en las 2 mujeres (100%). Respecto al grupo de violencia física/psicológica, la media de actos de violencia sexual fue de 2 (DT=1,41), produciéndose con una frecuencia aproximada de 2-3 veces al mes en un caso (50%) y superior a una vez a la

semana en otro caso (50%). La duración se situó entre 6 y 12 meses en un caso (50%) y entre 1 y 2 años en otro caso (50%).

Tabla 7. Características de la Violencia Sexual de pareja experimentada por las mujeres en T-1 y en T-2 (% de mujeres)*

Variable	Grupo de violencia psicológica		Grupo de violencia física/psicológica	
	(n=2) T-1	(n=2) T-2	(n=11) T-1	(n=2) T-2
Actos				
Sexo genital con penetración forzada	50	50	72,7	50
Sexo anal con penetración forzada	0	0	36,4	0
Sexo oral forzado de la mujer hacia el agresor	0	100	63,6	50
Sexo oral forzado del agresor hacia la mujer	50	50	36,4	0
Objetos insertados en vagina o ano	0	0	9,1	0
Uso forzado de películas, fotografías pornográficas	0	0	18,2	50
Σ Actos violentos (media y DT)	1,5(±0,71)	2,5(±0,71)	3(±1,73)	2(±1,41)
Medios coercitivos				
Amenazas con golpear a la mujer por rechazar el sexo	50	0	40	50
Amenazas con golpear a los hijos/as por rechazar el sexo	0	0	0	0
Amenazas con cuchillos, pistolas y otros medios coercitivos	0	0	0	0
Actos violentos durante la relación sexual				
Mordiscos	50 #	0	14,3	0
Patadas	0	0	27,3	50
Bofetadas	0	0	36,4	0
Frecuencia				
1 vez cada 2 meses o menos	100	50 #	45,5	0
Aprox. 1 vez al mes	0	0	9,1	0
Aprox. 2-3 veces al mes	0	0	18,2	50
Más de 1 vez a la semana	0	0	27,3	50
Duración en T-1				
Menos de 1 año	50	-	36,4	-
1-3 años	0	-	0	-
3-5 años	0	-	9,1	-
5-10 años	0	-	18,2	-
Más de 10 años	50	-	36,4	-
Duración en T-2				
Menos de 6 meses	-	100	-	0
6-12 meses	-	0	-	50
1-2 años	-	0	-	50
Más de 2 años	-	0	-	0
Regularidad de la violencia	0	0 #	18,2	100
Predictibilidad de la violencia	0	50	27,3	100
Sentimiento de vida en peligro	50	0	27,3	50
Violencia durante el último año	0 #	50 #	54,5	0
Meses transcurridos desde último episodio (Media y DT)	-	3 #	-	21,5 (±3,54)

- : no categoría para el tiempo referido

#: n=1. De la otra mujer no se dispone de la información pertinente

*: La violencia sexual fue vivida durante la convivencia con el agresor tanto en T-1 como en T-2

Durante el último año, una mujer del grupo de violencia psicológica sufrió este tipo de violencia (50%), mientras que en el grupo de violencia física/psicológica no la padeció ninguna.

3.2.1.4. Historial de victimización

Tal y como se observa en la Tabla 8, la violencia de pareja no se encontró asociada significativamente ni con la experiencia de haber sufrido violencia en la infancia [$\chi^2(2, N=91)=1,47$; n.s.] ni con el tipo de violencia sufrida en la infancia [Fisher; n.s.]. Por otro lado, la violencia de pareja tampoco estuvo asociada con la violencia presenciada entre los padres durante T-1 [$\chi^2(2, N=91)=3,53$; n.s.], así como tampoco con el tipo de violencia presenciada [Fisher; n.s.].

Respecto a la violencia en la edad adulta sufrida por las mujeres, perpetrada por personas diferentes al agresor de T-1, los resultados encontrados fueron los siguientes: en T-1 no existió una asociación significativa entre la existencia de este tipo de violencia y la violencia de pareja [$\chi^2(2, N=91)=1,22$; n.s.], así como tampoco entre el tipo de violencia sufrida en la edad adulta por otras personas y la violencia de pareja [Fisher; n.s.]. Sin embargo, en T-2 existió una asociación significativa entre la violencia en la edad adulta por personas diferentes al agresor de T-1 y la violencia de pareja [$\chi^2(2, N=91)=17,41$; $p<0,001$], siendo la cantidad de mujeres víctimas de la misma significativamente superior en el grupo de violencia física/psicológica e inferior en el grupo control. Sin embargo, el tipo de violencia sufrida por otras personas fue independiente de la violencia de pareja [Fisher; n.s.].

Por otra parte, no se encontró una asociación entre haber sido víctima de violencia por personas diferentes en la edad adulta en T-1 y haberlo sido en T-2, ni en las mujeres del grupo control [Fisher; n.s.] ni en las mujeres víctimas de violencia de pareja, psicológica [Fisher; n.s.] y física/psicológica [$\chi^2(1, N=33)=0,73$; n.s.].

Tabla 8. Historial de victimización de las mujeres del grupo control, mujeres víctimas de violencia psicológica y mujeres víctimas de violencia física/psicológica en T-1 y en T-2 (% de mujeres)

Variable	Grupo control (n=35)	Grupo de violencia psicológica (n=23)		Grupo de violencia física/psicológica (n=33)		Estadísticos					
						χ² o Fisher		Asociación entre T-1 y T-2 (χ²)			
						T-1	T-2	Grupo control	Grupo de violencia psicológica	Grupo de violencia física/psicológica	
Violencia en la infancia	54,3	69,6		63,6		n.s.	-	-	-		
Tipo de violencia	(n=19)	(n=16)		(n=21)		n.s.	-	-	-		
Física	26,3	25		4,8							
Psicológica	26,3	6,3		14,3							
Sexual	10,5	12,5		14,3							
Física y Psicológica	21,1	18,8		4,8							
Física y Sexual	5,3	12,5		14,3							
Psicológica y sexual	5,3	0		4,8							
Física, Psicológica y Sexual	5,3	25		42,9							
T-1: Violencia presenciada entre los padres	17,1	21,7		36,4		n.s.	-	-	-		
Tipo de violencia	(n=6)	(n=5)		(n=12)		n.s.	-	-	-		
Psicológica	66,7	60		66,7							
Física y Psicológica	33,3	20		33,3							
Física, Psicológica y Sexual	0	20		0							
Violencia en la edad adulta (no parejas)	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2					
(% de mujeres)	51,4	8,6	52,2	17,4	63,6	51,5	n.s.	p<0,001	n.s.	n.s.	n.s.
Tipo de violencia	(n=18)	(n=3)	(n=12)	(n=4)	(n=21)	(n=17)	n.s.	n.s.	-	-	-
Física	5,6	0	0	0	4,8	5,9					
Psicológica	38,9	66,7	16,7	100	33,3	64,7					
Sexual	27,8	33,3	41,7	0	9,5	11,8					
Física y Psicológica	22,2	0	8,3	0	19	17,6					
Física y Sexual	0	0	0	0	9,5	0					
Psicológica y sexual	5,6	0	16,7	0	0	0					
Física, Psicológica y Sexual	0	0	16,7	0	23,8	0					

3.2.1.5. Apoyo social en T-2

Los resultados obtenidos mediante el Cuestionario de Apoyo Social Funcional (DUKE-UNC-11; Bellón y cols., 1996) (Tabla 9) revelaron diferencias significativas entre los grupos en el grado de apoyo social percibido, tanto en la escala Total [$V_w(2;47,84)=6,36$; $p<0,01$] como en las dos dimensiones que evalúa el cuestionario: Apoyo Confidencial [$V_w(2;47,82)=6,18$; $p<0,01$] y Apoyo Afectivo [$V_w(2;48,9)=4,59$; $p<0,02$]. Las pruebas post-hoc revelaron que las mujeres víctimas de violencia física/psicológica percibieron un menor grado de apoyo social total, de apoyo confidencial y de apoyo afectivo que las mujeres del grupo control (Total: $p<0,01$; Confidencial: $p<0,01$; Afectivo: $p<0,05$). Por otro lado, el nivel de apoyo social percibido (bajo o normal) guardó cierta asociación con la violencia de pareja, si bien ésta no llegó a alcanzar la significación estadística esperada [Fisher; $p=0,059$]: la cantidad de mujeres con un nivel de apoyo social percibido “bajo” fue inferior a la esperada en el grupo control y superior en el grupo de violencia física/psicológica, observándose el patrón contrario para el nivel de apoyo social percibido “normal”.

Tabla 9. Apoyo Social Funcional¹ y Apoyo Social Comunitario² percibido por las mujeres control, mujeres víctimas de violencia psicológica y mujeres víctimas de violencia física/psicológica en T-2

Variable	Grupo control (n=35)	Grupo de violencia psicológica (n=23)	Grupo de violencia física/psicológica (n=33)	Estadísticos T-2
APOYO SOCIAL FUNCIONAL				
Escala Total de Apoyo Social (Media \pm DT)	46,24(\pm 6,92)	40,3(\pm 10,89)	38,12(\pm 12,97)**	$p<0,01$
Escala Apoyo Confidencial (Media \pm DT)	29,5(\pm 4,48)	26,35(\pm 6,85)	23,7(\pm 9,1)**	$p<0,01$
Escala Apoyo Afectivo (Media \pm DT)	16,74(\pm 3,13)	13,96(\pm 4,95)	14,42(\pm 4,44)*	$p<0,02$
Percepción de apoyo social (% de mujeres)				
Bajo (≤ 32)	5,9	17,4	27,3	$p=0,059$
Normal (>32)	94,1	82,6	72,7	$p=0,059$
APOYO SOCIAL COMUNITARIO				
Escala 1: Integración Comunitaria	19,94(\pm 3)	19,36(\pm 4,61)	18,29(\pm 4,24)	n.s.
Escala 1: Participación Comunitaria	19,79(\pm 6,73)	17,14(\pm 6,77)	14,94(\pm 6,15)**	$p<0,02$
Escala 2: Apoyo Social en los Sistemas Informales	39,29(\pm 6,71)	34,83(\pm 9,59)	36,33(\pm 9,15)	n.s.
Escala 3: Apoyo Social en los Sistemas Formales	17,29(\pm 3,29)	17,39(\pm 2,73)	17,21(\pm 3,08)	n.s.

¹ Evaluado a través del Cuestionario DUKE-UNC-11 (Broadhead y cols., 1988. Validada en población española por Bellón y cols., 1996)

² Evaluado a través del Cuestionario Apoyo Social Comunitario (Gracia, Musitu y Herrero, 2002).

* Difiere del grupo Control; $p<0,05$

** Difiere del grupo Control; $p<0,01$

Respecto al grado de apoyo social comunitario percibido por las mujeres, evaluado a través del Cuestionario de Apoyo Social Comunitario (Gracia y cols., 2002), los resultados encontrados pusieron de manifiesto diferencias significativas entre los grupos en el grado de participación comunitaria percibido [$F(2,84)=4,5$; $p<0,02$], siendo menor en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica que en las mujeres del grupo control ($p<0,01$).

3.2.1.6. Acontecimientos vitales en T-2

Tal y como se muestra en la Tabla 10, no existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la cantidad media de acontecimientos vitales experimentados en T-2 [$F(2,85)=1,29$; n.s.], así como tampoco en la percepción subjetiva de dichos acontecimientos [$F(2,85)=2,24$; n.s.]. No obstante, la violencia de pareja estuvo asociada con la vivencia del acontecimiento “Relaciones de pareja” [Fisher; $p<0,01$]: la cantidad de mujeres que vivieron este acontecimiento fue significativamente inferior a la esperada en el grupo control y superior a la esperada en el grupo de violencia física/psicológica.

Tabla 10. Acontecimientos vitales vivenciados por las mujeres del grupo control, mujeres víctimas de violencia psicológica y mujeres víctimas de violencia física/psicológica durante T-2

Variable	Grupo Control (n=35)	Grupo de violencia psicológica (n=23)	Grupo de violencia física/psicológica (n=33)	Estadísticos T-2
Total Acontecimientos Vitales (media \pm DT)	2,29 (\pm 1,2)	2,45(\pm 1,65)	2,84(\pm 1,46)	n.s.
Percepción de los Acontecimientos Vitales (media \pm DT)	13,94(\pm 9,16)	12,77(\pm 9,8)	18,06(\pm 10,73)	n.s.
Tipo de Acontecimientos Vitales (% de mujeres)				
Nacimientos en la familia	17,1	4,5	9,7	n.s.
Eventos (Bodas, Bautizos, etc.)	20	18,2	12,9	n.s.
Problemas con los hijos (comportamiento, independencia...)	17,1	27,3	38,7	n.s.
Relaciones de pareja (nuevas relaciones, problemas...)	2,9	13,6	29	$p<0,01$
Economía y ocupación (dificultades, cambios, etc.)	17,1	18,2	29	n.s.
Mudanzas	8,6	9,1	3,2	n.s.
Enfermedades (propias y/o familiares)	42,9	22,7	19,4	n.s.
Muertes de familiares	25,7	13,6	22,6	n.s.

3.2.2. Evolución del impacto de la violencia de pareja en la salud física de las mujeres

3.2.2.1. Evolución del impacto de la violencia de pareja en la incidencia de síntomas físicos

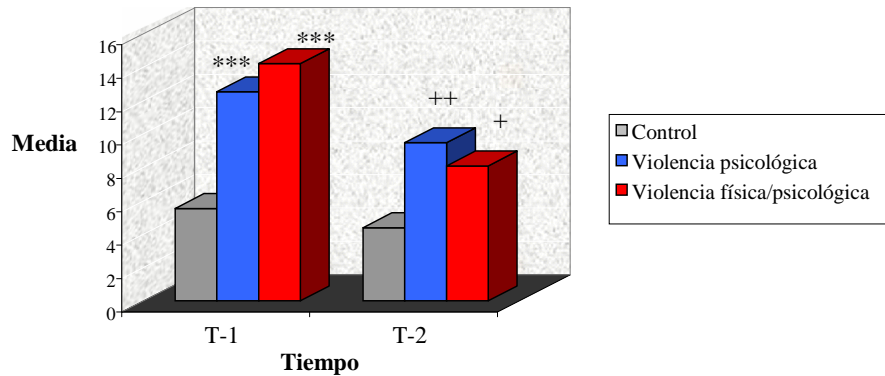
En los siguientes apartados se describe, en primer lugar, la evolución del impacto de la violencia de pareja en la incidencia total de síntomas físicos, en segundo lugar, la evolución en la incidencia de síntomas físicos agrupados por sistemas corporales y, por último, la evolución en la incidencia de cada uno de los 35 síntomas físicos específicos. Los resultados obtenidos se muestran en las Tablas 11, 12 y 13.

3.2.2.1.1. Evolución en la incidencia total de síntomas físicos

Tal y como muestra la Tabla 11, durante el último año de T-1 existieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la cantidad total de síntomas físicos padecidos [$F(2,88)=21,06$; $p<0,001$]. Las pruebas post-hoc mostraron que tanto las mujeres víctimas de violencia psicológica como las mujeres víctimas de violencia física/psicológica informaron haber padecido una mayor cantidad de síntomas físicos que las mujeres del grupo control ($p<0,001$) (véase gráfico 4), no existiendo diferencias entre los dos grupos de violencia.

Durante el último mes de T-2 también se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la cantidad total de síntomas físicos padecidos [$F(2,88)=5,42$; $p<0,01$]. Nuevamente, tanto las mujeres víctimas de violencia psicológica como las mujeres víctimas de violencia física/psicológica padecieron una mayor cantidad de síntomas físicos que las mujeres del grupo control ($p<0,01$ y $p<0,05$, respectivamente) (véase gráfico 4), no existiendo diferencias entre los dos grupos de violencia.

Gráfico 4. Incidencia total de síntomas físicos en T-1 y en T-2



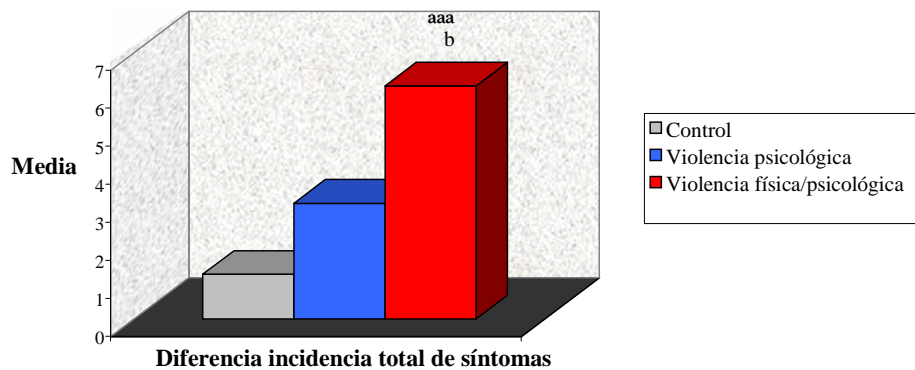
*** Difiere del grupo control en T-1; $p < 0,001$

+ Difiere del grupo control en T-2; $p < 0,05$

++ Difiere del grupo control en T-2; $p < 0,01$

A lo largo del tiempo, tal y como se muestra en la Tabla 11 (véase también el gráfico 5), el cambio producido en la cantidad total de síntomas físicos padecidos no fue el mismo en los tres grupos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas [$F(2,88)=10,48$; $p < 0,001$]: las mujeres víctimas de violencia física/psicológica experimentaron una mayor disminución en la incidencia total de síntomas físicos que las mujeres del grupo control ($p < 0,001$) y que las mujeres víctimas de violencia psicológica ($p < 0,05$).

Gráfico 5. Evolución de la incidencia total de síntomas físicos (de T-1 a T-2)



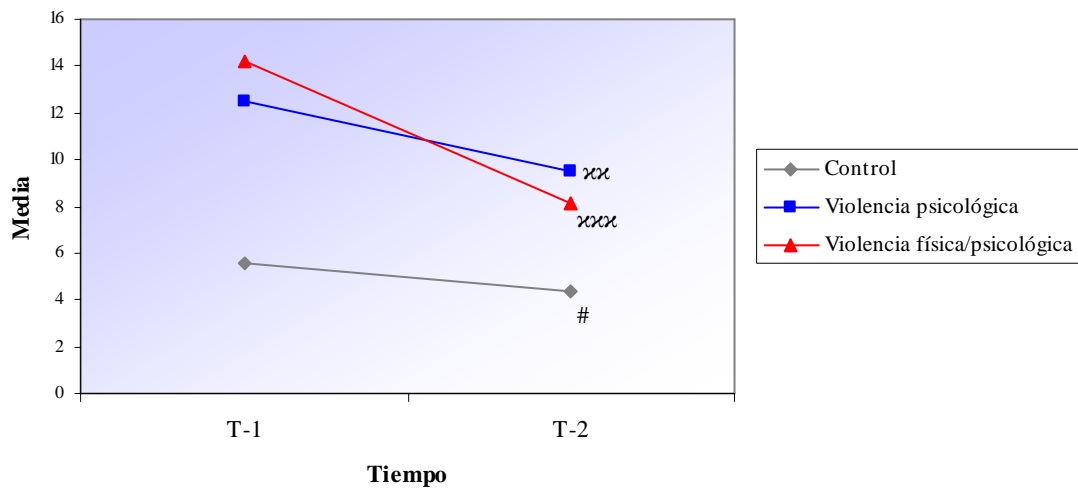
aaa Difiere del grupo control; $p < 0,001$

b Difiere del grupo de violencia psicológica; $p < 0,05$

La evolución de la incidencia total de síntomas físicos a lo largo del tiempo dentro de cada grupo, representada en el gráfico 6 (véase Tabla 11), fue la siguiente: en las mujeres del grupo control, si bien se produjo una disminución en

la cantidad total de síntomas físicos padecidos a lo largo del tiempo, ésta no llegó a alcanzar la significación estadística esperada [$t(34)=1,94$; $p=0,06$]. En cuanto a los grupos de mujeres víctimas de violencia de pareja, psicológica y física/psicológica, la incidencia total de síntomas físicos disminuyó significativamente a lo largo del tiempo [Violencia psicológica: $t(22)=3,13$; $p<0,01$; Violencia física/psicológica: $t(32)=6,8$; $p<0,001$].

Gráfico 6. Evolución de la incidencia total de síntomas físicos (de T-1 a T-2)



xx Difiere de T-1 mismo grupo; $p<0,01$

xxx Difiere de T-1 mismo grupo; $p<0,001$

Diferencia de T-1 mismo grupo aproximada a la significación; $p=0,06$

Tabla 11. Síntomas físicos padecidos por las mujeres durante el último año de T-1 y durante el último mes de T-2 (Media±DT)

Variable	Grupo control (n=35)		Grupo de violencia psicológica (n=23)		Grupo de violencia física/psicológica (n=33)		Estadísticos					
							Evolución de T-1 a T-2					
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	ANOVA		ANOVA Diferencia (T-1 - T-2)	t de Student		
							T-1	T-2		Control	Violencia psicológica	Violencia física/psicológica
Total Síntomas Físicos	5,54(±3,91)	4,37(±3,84)	12,52(±7,2)***	9,48(±6,62)**	14,21(±6,32)***	8,09(±5,75)*	^{rc} p<0,001	^{rc} p<0,01	p<0,001 ^{aaa, b}	p=0,06	p<0,01	p<0,001
Sistema Nervioso	1,09(±1,31)	0,97(±1,4)	3,57(±2,45)***	2,65(±2,55)*	4(±2,37)***	2,06(±1,92)##	^{rc} p<0,001	^{rc} p<0,02	p<0,001 ^{aaa, b}	n.s.	p<0,05	p<0,001
Sistema Muscular	1,43(±1,17)	1,49(±1,17)	2,52(±1,65)*	2,61(±1,7)	2,94(±1,69)***	1,97(±1,81)	p<0,001	^{rc} n.s.	p<0,01 ^{a, b}	n.s.	n.s.	p<0,01
Sistema Reproductor	0,4(±0,74)	0,34(±0,54)	0,91(±0,99)#	0,57(±0,66)	1,3(±1,16)***	0,58(±0,75)	^{rc} p<0,001	n.s.	^{rc} p<0,05 ^a	^{rc} n.s.	^{rc} n.s.	^{rc} p<0,001
Sistema Digestivo	1,46(±1,31)	0,83(±0,92)	2,7(±2,16)	1,87(±1,58)*	2,64(±1,83)*	1,58(±1,58)	^{rc} p<0,05	^{rc} p<0,05	n.s.	p<0,01	p<0,05	p<0,01
Sistema Urinario	0,23(±0,43)	0,17(±0,38)	0,13(±0,34)	0,26(±0,45)	0,18(±0,39)	0,3(±0,47)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sistema Circulatorio	0,4(±0,77)	0,26(±0,61)	1,04(±0,93)**	0,57(±0,84)	1,18(±0,77)***	0,52(±0,76)	p<0,001	n.s.	p<0,05 ^a	n.s.	p<0,05	p<0,001
Sistema Respiratorio	0,09(±0,28)	0,11(±0,32)	0,26(±0,45)	0,17(±0,39)	0,45(±0,51)**	0,39(±0,49)*	p<0,01	p<0,05	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Piel	0,14(±0,36)	0,14(±0,43)	0,22(±0,42)	0,5(±0,73)	0,27(±0,57)	0,39(±0,56)*	^{rc} n.s.	p<0,05	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sistema Endocrino	0,31(±0,63)	0,06(±0,24)	1,17(±0,89)***	0,3(±0,56)	1,24(±0,9)***	0,3(±0,53)*	^{rc} p<0,001	p<0,02	p<0,001 ^{aa, c}	p<0,01	p<0,001	p<0,001

* Difiere del grupo control mismo tiempo; p<0,05

** Difiere del grupo control mismo tiempo; p<0,01

*** Difiere del grupo control mismo tiempo; p<0,001

Las pruebas post hoc se aproximan a la significación estadística: difiere del grupo control mismo tiempo, p=0,076

Las pruebas post hoc se aproximan a la significación estadística: difiere del grupo control mismo tiempo, p=0,063

^a Grupo de violencia física/psicológica difiere del grupo control; p<0,05

^{aa} Grupo de violencia física/psicológica difiere del grupo control; p<0,01

^{aaa} Grupo de violencia física/psicológica difiere del grupo control; p<0,001

^b Grupo de violencia física/psicológica difiere del grupo de violencia psicológica; p<0,05

^c Grupo de violencia psicológica difiere del grupo control; p<0,05

^{rc}: Puntuación transformada en su raíz cuadrada

3.2.2.1.1.1. Factores predictores de la evolución en la incidencia total de síntomas físicos

El análisis de regresión lineal múltiple llevado a cabo con la finalidad de determinar los factores que predecían la evolución (entendida como disminución), en la incidencia total de síntomas físicos a lo largo del tiempo (de T-1 a T-2) arrojó los resultados detallados a continuación.

Tal y como se observa en la Tabla 12, las variables control fueron un predictor significativo del cambio producido en la incidencia de síntomas físicos a lo largo del tiempo [$\Delta R^2=0,44$; $F(5,78)=12,26$; $p<0,001$], siendo los principales factores predictores para dicho cambio el consumo de psicofármacos en T-2 ($\beta=-0,23$; $p<0,01$) y la cantidad de síntomas físicos padecidos en T-1 ($\beta=0,8$; $p<0,001$). Mientras que unas puntuaciones altas en consumo de psicofármacos en T-2 predijeron una menor disminución de síntomas físicos, unas puntuaciones altas en cantidad de síntomas físicos padecidos en T-1 predijeron una mayor disminución. En cuanto al historial de victimización, éste no produjo un incremento significativo de la varianza explicada del cambio en la incidencia total [$\Delta R^2=0,02$; $F(4,74)=0,52$; n.s.], si bien la experiencia de violencia en la edad adulta por personas diferentes a la pareja en T-2 tuvo un efecto independiente significativo sobre el cambio ($\beta=-0,2$; $p<0,05$): puntuaciones altas en dicha variable se relacionaron con una menor disminución de síntomas físicos.

Por otro lado, las fuentes mediadoras de estrés en T-2 produjeron un incremento significativo de la varianza explicada [$\Delta R^2=0,07$; $F(3,71)=3,87$; $p<0,05$], teniendo cada una de ellas un impacto significativo: Convivencia con el agresor durante el último año ($\beta=-0,27$; $p<0,05$), percepción de los acontecimientos vitales ($\beta=-0,21$; $p<0,05$) y grado de apoyo social percibido ($\beta=0,23$; $p<0,05$). Los coeficientes de regresión indicaron que mientras puntuaciones altas en convivencia con el agresor y en percepción negativa de los acontecimientos vitales predijeron una menor disminución de síntomas físicos en T-2, puntuaciones altas en apoyo social percibido predijeron una mayor

disminución. Finalmente, la evolución de la violencia desde T-1 al último año de T-2 produjo un incremento de la varianza explicada del cambio [$\Delta R^2=0,08$; $F(5,66)=2,7$; $p<0,05$], siendo predictores del mismo el cese de la violencia física ($\beta=0,37$; $p<0,001$) y el mantenimiento de la violencia psicológica ($\beta=-0,29$; $p<0,05$): puntuaciones altas en cese de la violencia física predijeron una mayor disminución de síntomas físicos, mientras que puntuaciones altas en mantenimiento de la violencia psicológica predijeron una menor disminución.

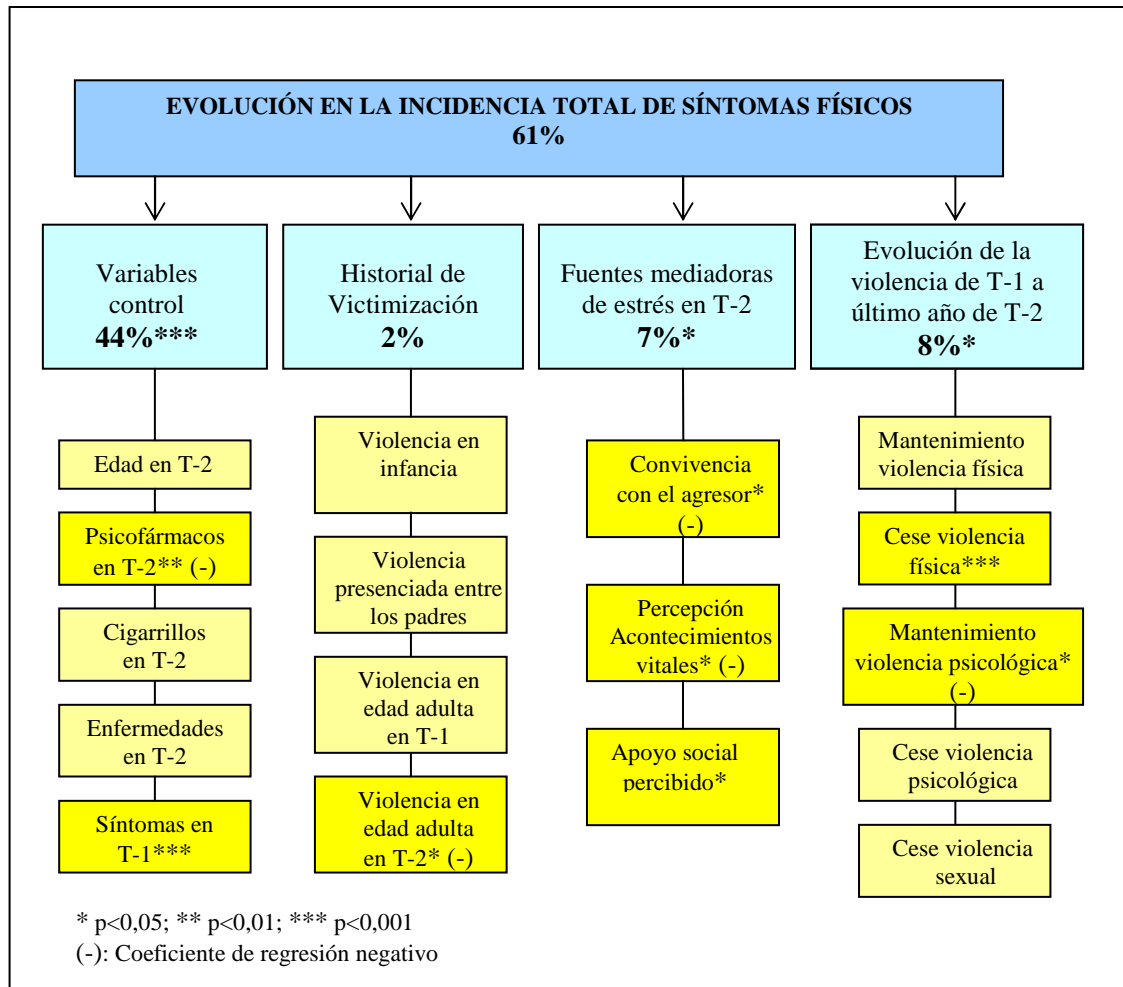
Tabla 12. Análisis de regresión de los factores contribuyentes a la evolución en la incidencia total de síntomas físicos en las mujeres control, mujeres víctimas de violencia psicológica y mujeres víctimas de violencia física/psicológica

Paso y predictores	R ² Total	Cambio R ²	Cambio F	β	t
Paso 1					
VARIABLES CONTROL	0,44	0,44	12,26***		
T-2: Edad				0,12	1,28
T-2: Consumo de psicofármacos				-0,23	-2,61**
T-2: Consumo de cigarrillos				0,17	1,89
T-2: Cantidad de enfermedades padecidas				-0,14	-1,47
T-1: Cantidad de síntomas físicos padecidos				0,8	6,73***
Paso 2					
Historial de victimización	0,46	0,02	0,52		
Violencia en la infancia				0,15	1,58
Violencia presenciada entre los padres				0,04	0,42
Violencia en la edad adulta por otras personas en T-1				-0,12	-1,36
Violencia en la edad adulta por otras personas en T-2				-0,2	-2,11*
Paso 3					
Fuentes mediadoras de estrés en T-2	0,53	0,07	3,87*		
Convivencia con el agresor durante el último año (ninguna vs. alguna)				-0,27	-2,02*
Percepción de acontecimientos vitales (positiva vs. negativa)				-0,21	-2,22*
Apoyo social percibido				0,23	2,25*
Paso 4					
Evolución de la violencia de T-1 a último año de T-2	0,61	0,08	2,7*		
Mantenimiento de la violencia física				0,05	0,47
Cese de la violencia física				0,37	3,38***
Mantenimiento de la violencia psicológica				-0,29	-2,12*
Cese de la violencia psicológica				-0,26	-1,66
Cese de la violencia sexual				0,02	0,22

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

A continuación se presenta una figura-resumen del modelo de regresión de la evolución en la incidencia total de síntomas físicos a lo largo del tiempo (Figura 5).

Figura 5. Modelo de regresión de la evolución en la incidencia total de síntomas físicos

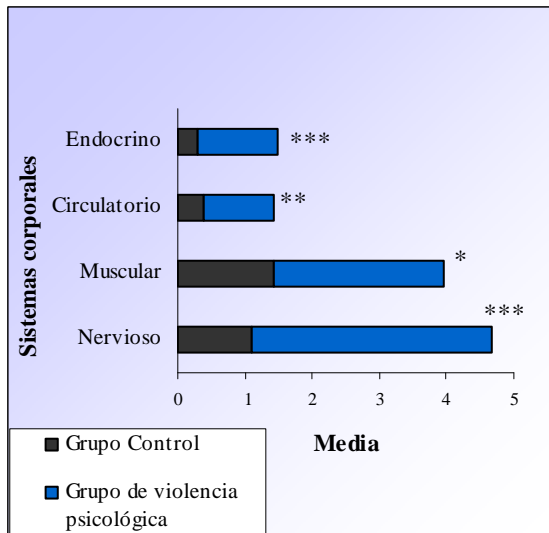


3.2.2.1.2. Evolución en la incidencia de síntomas físicos agrupados por sistemas corporales

Durante el último año de T-1 (véase Tabla 11 y gráficos 7 y 8) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la cantidad de síntomas físicos padecidos en los siguientes sistemas corporales: nervioso [$F(2,88)=22,29$; $p<0,001$], muscular [$F(2,88)=9,1$; $p<0,001$], reproductor [$F(2,88)=7,87$; $p<0,001$], digestivo [$F(2,88)=3,44$; $p<0,05$], circulatorio [$F(2,88)=8,75$; $p<0,001$], respiratorio [$Vw(2;47,88)=7,06$; $p<0,01$] y

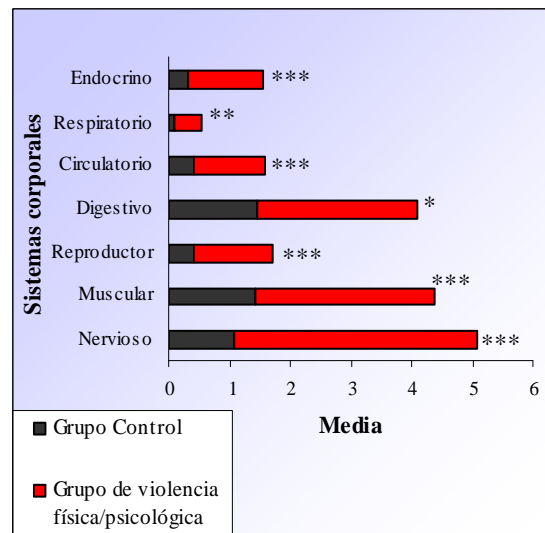
endocrino [$F(2,88)=13,2$; $p<0,001$]. Las pruebas post-hoc mostraron que ambos grupos de mujeres víctimas de violencia, psicológica y física/psicológica, padecieron una mayor cantidad de síntomas físicos de los sistemas nervioso ($p<0,001$), muscular ($p<0,05$ y $p<0,001$, respectivamente), circulatorio ($p<0,01$ y $p<0,001$, respectivamente) y endocrino ($p<0,001$) que las mujeres del grupo control. Por otro lado, las mujeres víctimas de violencia física/psicológica padecieron, además, una mayor cantidad de síntomas físicos de los sistemas reproductor ($p<0,001$), digestivo ($p<0,05$) y respiratorio ($p<0,01$) que las mujeres del grupo control.

Gráfico 7. Comparación de la incidencia de síntomas en T-1 entre las mujeres control y las mujeres víctimas de violencia psicológica



* Difiere del grupo control; $p<0,05$
 ** Difiere del grupo control; $p<0,01$
 *** Difiere del grupo control; $p<0,001$

Gráfico 8. Comparación de la incidencia de síntomas en T-1 entre las mujeres control y las mujeres víctimas de violencia física/psicológica

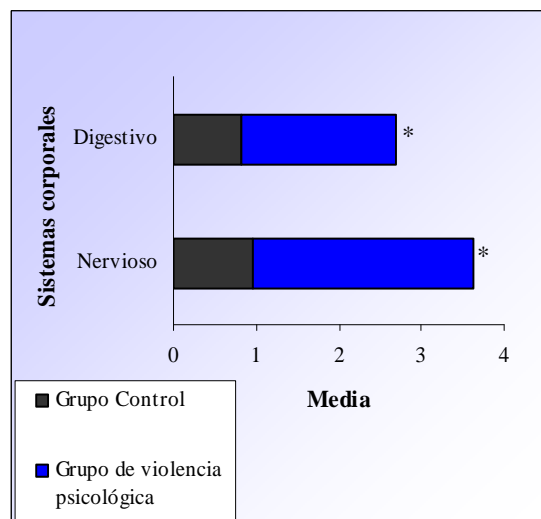


* Difiere del grupo control; $p<0,05$
 ** Difiere del grupo control; $p<0,01$
 *** Difiere del grupo control; $p<0,001$

Durante el último mes de T-2 (Tabla 11 y gráficos 9 y 10) se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la cantidad de síntomas físicos padecidos en los siguientes sistemas corporales: nervioso [$F(2,88)=4,39$; $p<0,02$], digestivo [$F(2,88)=3,62$; $p<0,05$], respiratorio [$Vw(2;51,93)=3,72$; $p<0,05$], piel [$Vw(2;48,44)=3,24$; $p<0,05$] y endocrino [$Vw(2;42,86)=4,39$; $p<0,02$]. Las pruebas post-hoc revelaron que las mujeres víctimas de violencia psicológica padecieron una mayor cantidad de síntomas del

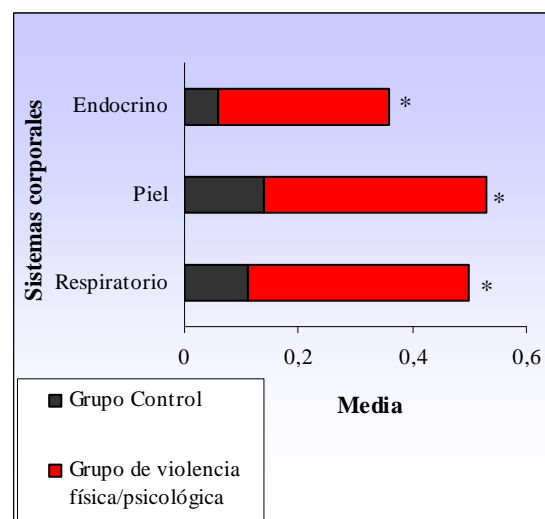
sistema nervioso ($p<0,05$) y del sistema digestivo ($p<0,05$) que las mujeres del grupo control. En cuanto a las mujeres víctimas de violencia física/psicológica, las pruebas post-hoc mostraron que éstas padecieron una mayor cantidad de síntomas del sistema respiratorio ($p<0,05$), de la piel ($p<0,05$) y del sistema endocrino ($p<0,05$) que las mujeres del grupo control.

Gráfico 9. Comparación de la incidencia de síntomas en T-2 entre las mujeres control y las mujeres víctimas de violencia psicológica



* Difiere del grupo control; $p<0,05$

Gráfico 10. Comparación de la incidencia de síntomas en T-2 entre las mujeres control y las mujeres víctimas de violencia física/psicológica

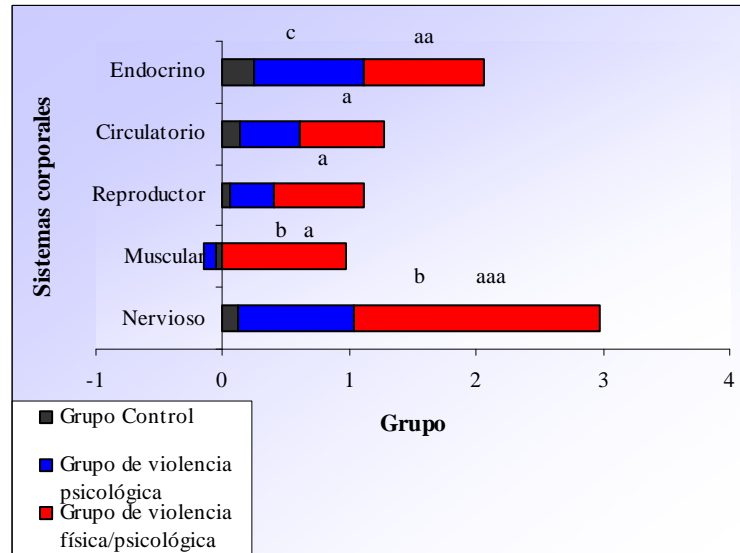


* Difiere del grupo control; $p<0,05$

Por otro lado, tal y como muestra la Tabla 11, el análisis del cambio producido en la cantidad de síntomas físicos agrupados por sistemas corporales arrojó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en los siguientes sistemas (gráfico 11): nervioso [$F(2,88)=10,88$; $p<0,001$], muscular [$F(2,88)=4,98$; $p<0,01$], reproductor [$F(2,88)=3,48$; $p<0,05$], circulatorio [$F(2,88)=3,21$; $p<0,05$] y endocrino [$Vw(2;47,26)=8,49$; $p<0,001$]. Las pruebas post-hoc mostraron que las mujeres víctimas de violencia física/psicológica experimentaron una mayor disminución en la incidencia de los síntomas de los sistemas nervioso ($p<0,001$), muscular ($p<0,05$), reproductor ($p<0,05$), circulatorio ($p<0,05$) y endocrino ($p<0,01$) que las mujeres del grupo control y una mayor disminución en la incidencia de los síntomas de los sistemas nervioso ($p<0,05$) y muscular ($p<0,05$) que las mujeres víctimas de violencia psicológica.

Por otra parte, las pruebas post-hoc revelaron que las mujeres víctimas de violencia psicológica experimentaron una disminución mayor en la incidencia de los síntomas del sistema endocrino que las mujeres del grupo control ($p < 0,05$).

Gráfico 11. Comparación entre los grupos en la evolución (de T-1 a T-2) de la incidencia de síntomas físicos agrupados por sistemas corporales



^a Grupo de violencia física/psicológica difiere del grupo control; $p < 0,05$

^{aa} Grupo de violencia física/psicológica difiere del grupo control; $p < 0,01$

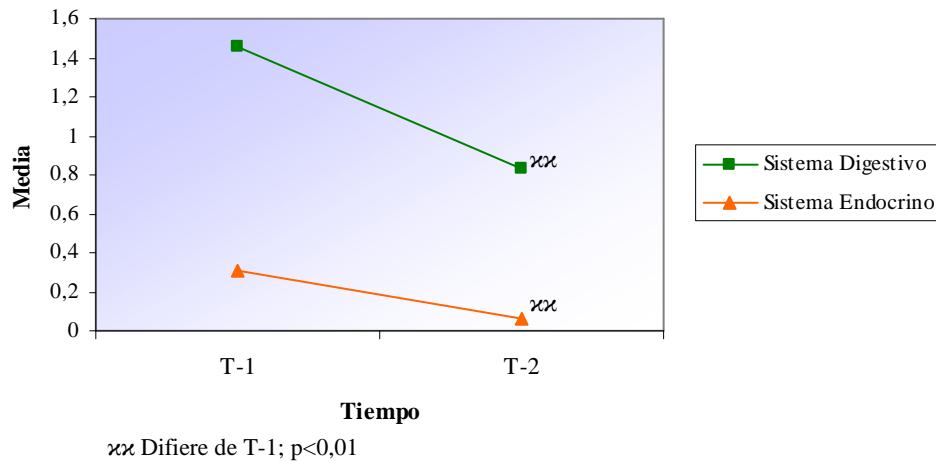
^{aaa} Grupo de violencia física/psicológica difiere del grupo control; $p < 0,001$

^b Grupo de violencia física/psicológica difiere del grupo de violencia psicológica; $p < 0,05$

^c Grupo de violencia psicológica difiere del grupo control; $p < 0,05$

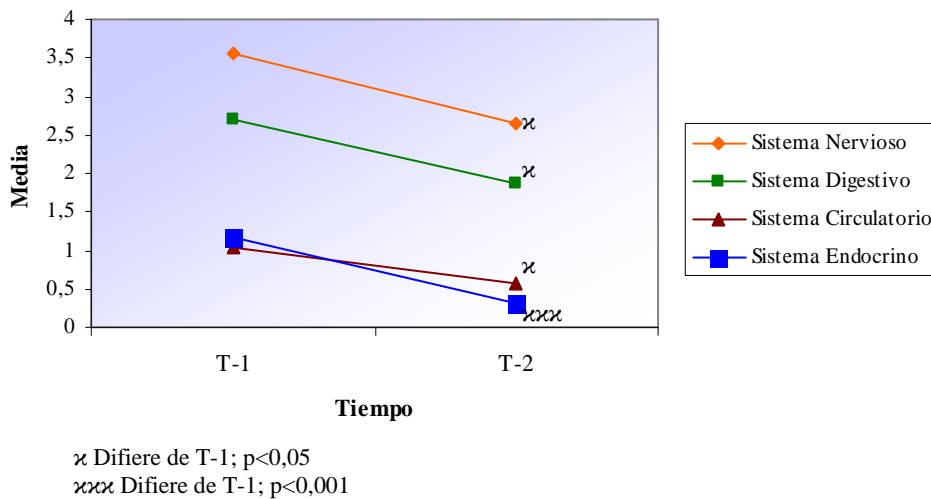
En cuanto a la evolución de la incidencia de los síntomas físicos agrupados por sistemas corporales dentro de cada grupo, ésta fue la siguiente (véase gráficos 12, 13 y 14): en las mujeres del grupo control existieron diferencias estadísticamente significativas a lo largo del tiempo en la incidencia de síntomas físicos del sistema digestivo [$t(34)=2,8$; $p < 0,01$] y del sistema endocrino [$t(34)=2,71$; $p < 0,01$], siendo la incidencia de dichos síntomas menor en T-2.

Gráfico 12. Evolución de la incidencia de síntomas físicos agrupados por sistemas corporales en el grupo Control



Por otra parte, en las mujeres víctimas de violencia psicológica se observó una reducción significativa a lo largo del tiempo en la incidencia de los síntomas de los sistemas nervioso [$t(22)=2,46$; $p < 0,05$], digestivo [$t(22)=2,23$; $p < 0,05$], circulatorio [$t(22)=2,31$; $p < 0,05$] y endocrino [$t(22)=4,31$; $p < 0,001$].

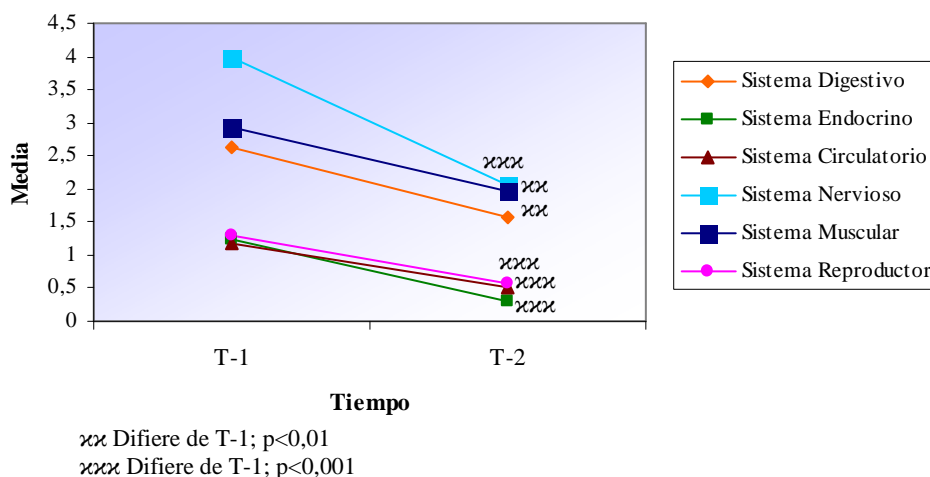
Gráfico 13. Evolución de la incidencia de síntomas físicos agrupados por sistemas corporales en el grupo de Violencia Psicológica



Finalmente, en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica se produjo una reducción significativa en la incidencia de los síntomas de los siguientes sistemas corporales: nervioso [$t(32)=6,72$; $p < 0,001$], muscular

[$t(32)=3,27$; $p<0,01$], reproductor [$t(32)=3,5$; $p<0,001$], digestivo [$t(32)=3,45$; $p<0,01$], circulatorio [$t(32)=4,49$; $p<0,001$] y endocrino [$t(32)=5,78$; $p<0,001$].

Gráfico 14. Evolución de la incidencia de síntomas físicos agrupados por sistemas corporales en el grupo de Violencia Física/psicológica



3.2.2.1.3. Evolución en la incidencia de síntomas físicos específicos

3.2.2.1.3.1. Asociación entre el tipo de violencia de pareja y la incidencia de síntomas físicos a lo largo del tiempo

En T-1, el tipo de violencia de pareja se asoció significativamente con la incidencia del síntoma sangrado vaginal [Fisher; $p<0,05$]. La cantidad de mujeres que padeció el síntoma fue significativamente superior a la frecuencia esperada en el grupo de violencia física/psicológica e inferior en el grupo de violencia psicológica. En T-2, el tipo de violencia de pareja se encontró asociado únicamente a la incidencia del síntoma dolor de espalda [$\chi^2(1, N=56)=4,14$; $p<0,05$], siendo su incidencia superior a la esperada por azar en las mujeres del grupo de violencia psicológica e inferior a la esperada en las mujeres del grupo de violencia física/psicológica. Además, el tipo de violencia de pareja sufrida se encontró marginalmente asociada a la incidencia de los síntomas falta de fuerza [$\chi^2(1, N=56)=3,27$; $p=0,07$] y respiración dificultosa [$\chi^2(1, N=56)=3,1$; $p=0,078$]. La incidencia del síntoma falta de fuerza fue superior a la esperada en las mujeres

del grupo de violencia psicológica e inferior en las del grupo de violencia física/psicológica, observándose el patrón contrario en la incidencia del síntoma respiración dificultosa.

3.2.2.1.3.2. Evolución en la incidencia de síntomas físicos específicos

A continuación se describe, para cada sistema corporal, la ausencia o presencia de asociación entre la violencia de pareja y la incidencia de cada uno de los 35 síntomas físicos tanto en T-1 como en T-2, así como la evolución (de T-1 a T-2) en la incidencia dentro de cada grupo. Dicha información se muestra en la Tabla 13.

a) Sistema Nervioso:

Durante el último año de T-1 se encontró una asociación significativa entre la violencia de pareja y los siguientes síntomas: dolor de cabeza [$\chi^2(2, N=91)=7,47$; $p<0,05$], mareos [$\chi^2(2, N=91)=10,23$; $p<0,01$], entumecimiento [$\chi^2(2, N=91)=16,92$; $p<0,001$], temblor de manos [$\chi^2(2, N=91)=19,4$; $p<0,001$], zumbido en los oídos [$\chi^2(2, N=91)=12,14$; $p<0,01$], vértigos [$\chi^2(2, N=91)=8,35$; $p<0,02$] y pesadillas [$\chi^2(2, N=91)=23,34$; $p<0,001$]. La incidencia del síntoma dolor de cabeza fue significativamente inferior a la esperada en las mujeres del grupo control. La incidencia de los síntomas mareos, entumecimiento, temblor de manos, zumbido en los oídos y vértigos fue significativamente inferior a la esperada en las mujeres del grupo control y significativamente superior a la esperada en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica. Por último, la incidencia del síntoma pesadillas fue significativamente inferior a la esperada en las mujeres del grupo control y significativamente superior en las mujeres víctimas de violencia psicológica y física/psicológica.

Durante el último mes de T-2, la violencia de pareja se asoció significativamente con la incidencia de los síntomas dolor de cabeza [$\chi^2(2, N=91)=7,28$; $p<0,05$], entumecimiento [$\chi^2(2, N=91)=7,73$; $p<0,05$], temblor de

manos [$\chi^2(2, N=91)=6,52$; $p<0,05$], zumbido en los oídos [$\chi^2(2, N=91)=6,41$; $p<0,05$] y pesadillas [$\chi^2(2, N=91)=6,23$; $p<0,05$]. La incidencia de los síntomas dolor de cabeza y zumbido en los oídos fue significativamente inferior a la esperada en las mujeres del grupo control, mientras que la incidencia de los síntomas entumecimiento, temblor de manos y pesadillas fue significativamente inferior a la esperada en las mujeres del grupo control y significativamente superior en las mujeres víctimas de violencia psicológica.

En cuanto a la evolución en la incidencia de los síntomas en cada grupo, en las mujeres del grupo control únicamente se observó una tendencia a disminuir con el tiempo en la incidencia del síntoma dolor de cabeza [McNemar; $p=0,065$]: 9 mujeres ($9/35=25,71\%$) informaron dejar de padecerlo, mientras 2 mujeres ($2/35=5,71\%$) informaron desarrollarlo con el tiempo. Respecto a las mujeres víctimas de violencia psicológica también se observó una disminución significativa en la incidencia del síntoma dolor de cabeza [McNemar; $p<0,05$]: 6 mujeres ($6/23=26,09\%$) informaron dejar de padecer el síntoma, mientras que ninguna mujer informó haberlo desarrollado en T-2 ($0/23=0\%$). Finalmente, en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica se encontró una disminución significativa en la incidencia de los siguientes síntomas: mareos [McNemar; $p<0,05$], temblor de manos [McNemar; $p<0,001$], vértigos [McNemar; $p<0,02$] y pesadillas [McNemar; $p<0,05$]. Respecto al síntoma mareos, éste desapareció en 11 mujeres que lo tenían en T-1 ($11/33=33,33\%$), mientras que apareció en 2 mujeres durante T-2 ($2/33=6,06\%$). El síntoma temblor de manos dejó de ser padecido por 14 mujeres a lo largo del tiempo ($14/33=42,42\%$), apareciendo en una mujer ($1/33=3,03\%$). En cuanto al síntoma vértigos, 10 mujeres ($10/33=30,3\%$) informaron dejar de padecerlo en T-2, mientras que una mujer informó haberlo desarrollado a lo largo del tiempo ($1/33=3,03\%$).

Tabla 13. Síntomas físicos padecidos por las mujeres durante el último año de T-1 y durante el último mes de T-2 (% de mujeres)

Variable	Grupo Control		Grupo de violencia psicológica		Grupo de violencia física/psicológica		Estadísticos				
	(n=35)		(n=23)		(n=33)		χ^2 o Exacto de Fisher		Test de McNemar		
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	Grupo Control	Grupo violencia psicológica	Grupo violencia física/psicológica
Sistema Nervioso											
Dolor de cabeza	37,1	17,1	69,6	43,5	63,6	45,5	p<0,05	p<0,05	p=0,065	p<0,05	n.s.
Mareos	20	22,9	43,5	26,1	57,6	30,3	p<0,01	n.s.	n.s.	n.s.	p<0,05
Entumecimiento	5,7	14,3	43,5	47,8	48,5	30,3	p<0,001	p<0,05	n.s.	n.s.	p=0,07
Temblor de manos	5,7	5,7	39,1	30,4	54,5	15,2	p<0,001	p<0,05	n.s.	n.s.	p<0,001
Zumbido en los oídos	8,6	8,6	43,5	34,8	42,4	27,3	p<0,01	p<0,05	n.s.	n.s.	n.s.
Vértigos	14,3	11,4	39,1	26,1	45,5	18,2	p<0,02	n.s.	n.s.	n.s.	p<0,02
Visión borrosa	14,3	5,7	26,1	17,4	36,4	18,2	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Pesadillas	2,9	11,4	52,2	39,1	51,5	21,2	p<0,001	p<0,05	n.s.	n.s.	p<0,05
Sistema Muscular											
Falta de fuerza	25,7	17,1	56,5	60,9	63,6	36,4	p<0,01	p<0,01	n.s.	n.s.	p<0,02
Fatiga	20	20	39,1	34,8	57,6	39,4	p<0,01	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Calambres	11,4	11,4	39,1	30,4	39,4	27,3	p<0,02	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Dolores musculares	31,4	45,7	52,2	56,5	60,6	42,4	p<0,05	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Dolor de espalda	54,3	54,3	65,2	78,3	72,7	51,5	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	p<0,02
Sistema Reproductor											
Faltas prolongadas menstruación	7,7	0	23,1	9,1	12,5	0	n.s.	n.s.	-	n.s.	-
Dolor menstrual	42,9	50	70	70	68,8	64,3	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sangrado vaginal	10,3	0	0	5	25,0	0	p<0,05	n.s.	-	-	-
Dolor vaginal	2,9	5,7	21,7	4,3	33,3	6,1	p<0,01	n.s.	n.s.	n.s.	p<0,02
Dolor al realizar el coito	8,8	9,7	33,3	0	56,3	5,6	p<0,001	n.s.	n.s.	-	p=0,063
Dolor pélvico	0	0	15	13,6	9,4	21,9	p<0,05	p<0,01	-	n.s.	n.s.
Sistema Digestivo											
Náuseas	17,1	2,9	30,4	8,7	36,4	6,1	n.s.	n.s.	p=0,063	n.s.	p<0,01
Vómitos	14,3	2,9	21,7	8,7	15,2	3	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Ardor	20	8,6	47,8	26,1	45,5	33,3	p<0,05	p<0,05	n.s.	n.s.	n.s.
Dolor de estómago	20	8,6	47,8	26,1	42,4	27,3	p=0,05	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Diarrea	8,6	8,6	13	13	27,3	15,2	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Estreñimiento	22,9	17,1	47,8	52,2	39,4	33,3	n.s.	p<0,02	n.s.	n.s.	n.s.
Gases	40	28,6	47,8	43,5	42,4	33,3	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sangrado anal	2,9	5,7	13	8,7	15,2	6,1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sistema Urinario											
Pérdidas de orina	22,9	17,1	13	26,1	18,2	30,3	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sistema Circulatorio											
Dolor en el corazón o el pecho	17,1	8,6	47,8	34,8	60,6	24,2	p<0,001	p<0,05	n.s.	n.s.	p<0,01
Palpitaciones	22,9	17,1	56,5	21,7	57,6	27,3	p<0,01	n.s.	n.s.	p<0,05	p<0,05
Sistema Respiratorio											
Respiración dificultosa	8,6	11,4	26,1	17,4	45,5	39,4	p<0,01	p<0,02	n.s.	n.s.	n.s.
Piel											
Prurito	5,7	5,7	13	30,4	12,1	36,4	n.s.	p<0,01	n.s.	n.s.	p<0,05
Erupciones	8,6	8,6	8,7	17,4	15,2	3	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Sistema Endocrino											
Cambios de peso corporal	20	2,9	65,2	26,1	60,6	9,1	p<0,001	p<0,05	p=0,07	p<0,02	p<0,001
Falta de apetito	11,4	2,9	52,2	4,3	63,6	21,2	p<0,001	p<0,05	n.s.	p<0,001	p<0,001

-: Ausencia de medida

Por último, el síntoma pesadillas desapareció en T-2 en 13 mujeres (13/33=39,4%), mientras que apareció en 3 de ellas (3/33=9,09%). Aunque el cambio en la incidencia del síntoma entumecimiento no llegó a alcanzar la significación estadística esperada [McNemar; $p=0,07$], se observó una disminución en la incidencia, siendo 7 mujeres (7/33=21,21%) las que dejaron de padecerlo en T-2 frente a una mujer (1/33=3,03%) que lo desarrolló en dicho periodo de tiempo.

b) Sistema Muscular:

Durante el último año de T-1 existió una asociación significativa entre la violencia de pareja y la incidencia de los siguientes síntomas: falta de fuerza [$\chi^2(2, N=91)=10,86$; $p<0,01$], fatiga [$\chi^2(2, N=91)=10,14$; $p<0,01$], calambres [$\chi^2(2, N=91)=8,19$; $p<0,02$] y dolores musculares [$\chi^2(2, N=91)=6,1$; $p<0,05$]. Los síntomas falta de fuerza, fatiga y dolores musculares se dieron con una frecuencia significativamente inferior a la esperada en las mujeres del grupo control y significativamente superior a la esperada en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica. Respecto al síntoma calambres, la frecuencia observada fue significativamente inferior a la esperada en las mujeres del grupo control.

Durante el último mes de T-2 existió una asociación entre la violencia de pareja y la incidencia del síntoma falta de fuerza [$\chi^2(2, N=91)=11,67$; $p<0,01$], estando presente con una frecuencia significativamente inferior a la esperada en las mujeres del grupo control y superior a la esperada en mujeres víctimas de violencia psicológica.

A lo largo del tiempo, tal y como se observa en la Tabla 13, la incidencia de los síntomas del sistema muscular no cambió significativamente ni en las mujeres del grupo control ni en las mujeres víctimas de violencia psicológica [McNemar; n.s.]. Por el contrario, en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica se encontró una disminución significativa en la incidencia de los síntomas falta de fuerza [McNemar; $p<0,02$] y dolor de espalda [McNemar; $p<0,02$]. El síntoma falta de fuerza lo dejaron de padecer 10 mujeres

(10/33=30,3%), mientras que fue desarrollado por una mujer en T-2 (1/33=3,03%). En cuanto al síntoma dolor de espalda, 7 mujeres (7/33=21,21%) informaron dejar de padecerlo a lo largo del tiempo frente a ninguna mujer que informó desarrollarlo (0/33=0%).

c) Sistema Reproductor:

Durante el último año de T-1 existió una asociación significativa entre la violencia de pareja y la incidencia de los síntomas sangrado vaginal [Fisher; $p < 0,05$], dolor vaginal [$\chi^2(2, N=91)=10,57$; $p < 0,01$], dolor al realizar el coito [Fisher; $p < 0,001$] y dolor pélvico [Fisher; $p < 0,05$]. El síntoma sangrado vaginal fue padecido por una cantidad significativamente inferior a la esperada de mujeres víctimas de violencia psicológica y significativamente superior a la esperada de mujeres víctimas de violencia física/psicológica. En cuanto a los síntomas dolor vaginal y dolor al realizar el coito, la cantidad de mujeres aquejadas de los mismos fue significativamente inferior a la esperada en las mujeres del grupo control y significativamente superior en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica. Por último, el síntoma dolor pélvico fue padecido por una cantidad de mujeres del grupo control significativamente inferior a la esperada por azar.

Durante el último mes de T-2 se encontró una asociación significativa entre la violencia de pareja y la incidencia del síntoma dolor pélvico [Fisher; $p < 0,01$], siendo la cantidad de mujeres que presentaron este síntoma significativamente inferior a la esperada en el grupo control y superior en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica.

A lo largo del tiempo no se observaron cambios estadísticamente significativos en la incidencia de los síntomas del sistema reproductor ni en las mujeres del grupo control ni en las mujeres víctimas de violencia psicológica [McNemar; n.s.]. Por el contrario, en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica se encontró una disminución estadísticamente significativa en la incidencia del síntoma dolor vaginal [McNemar; $p < 0,02$], desapareciendo en 10 mujeres (10/33=30,3%) frente a una mujer en la que apareció (1/33=3,03%).

Además, se observó una tendencia a disminuir la incidencia del síntoma dolor al realizar el coito, si bien el cambio no alcanzó la significación estadística esperada [McNemar; $p=0,063$]. De las mujeres que en T-1 lo padecieron, 5 ($5/11=45,45\%$) informaron dejar de padecerlo en T-2, mientras que ninguna mujer de las que no lo tuvieron en T-1 informó padecerlo en T-2 ($0/11=0\%$).

d) Sistema Digestivo:

Durante el último año de T-1 se encontró una asociación significativa entre la violencia de pareja y la incidencia de los síntomas ardor [$\chi^2(2, N=91)=6,54$; $p<0,05$] y dolor de estómago [$\chi^2(2, N=91)=5,91$; $p=0,05$]. Ambos síntomas se dieron con una frecuencia significativamente inferior a la esperada en las mujeres del grupo control.

Durante el último mes de T-2, la violencia de pareja estuvo asociada significativamente con la incidencia de los síntomas ardor [$\chi^2(2, N=91)=6,38$; $p<0,05$] y estreñimiento [$\chi^2(2, N=91)=7,89$; $p<0,02$]. La cantidad de mujeres que padeció ardor fue significativamente inferior a la esperada en el grupo control y significativamente superior en el grupo de mujeres víctimas de violencia física/psicológica, mientras que la cantidad de mujeres que padeció estreñimiento fue significativamente inferior a la esperada en el grupo control y superior a la esperada en el grupo de mujeres víctimas de violencia psicológica.

En cuanto a la evolución en la incidencia de síntomas del sistema digestivo, en las mujeres del grupo control se observó una disminución en la incidencia del síntoma náuseas a lo largo del tiempo, si bien no llegó a alcanzar la significación estadística esperada [McNemar; $p=0,063$]. De las mujeres que en T-1 no padecieron el síntoma, ninguna informó padecerlo en T-2 ($0/35=0\%$), mientras que 5 mujeres ($5/35=14,28\%$) dejaron de padecerlo en dicho periodo temporal. Por otra parte, en las mujeres víctimas de violencia psicológica no se encontraron cambios estadísticamente significativos a lo largo del tiempo en la incidencia de los síntomas del sistema digestivo [McNemar; n.s]. Finalmente, en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica se encontró una disminución estadísticamente significativa en la incidencia del síntoma náuseas [McNemar;

$p < 0,01$]: 11 mujeres (11/33=33,33%) informaron dejar de padecerlo en T-2, mientras que una mujer de las que no lo padecieron en T-1 (1/33=3,03%) informó padecerlo en T-2.

e) Sistema Urinario:

Tanto durante el último año de T-1 como durante el último mes de T-2, la cantidad de mujeres que padeció el síntoma pérdidas de orina fue similar a la esperada por azar en los tres grupos [T-1: χ^2 (2, N=91)=0,89; n.s.; T-2: χ^2 (2, N=91)=1,67; n.s.], por lo que la incidencia de dicho síntoma fue independiente de la experiencia de violencia de pareja.

A lo largo del tiempo, la incidencia del síntoma pérdidas de orina no cambió significativamente en ninguno de los grupos [McNemar; n.s.].

f) Sistema Circulatorio:

Durante el último año de T-1 tanto el síntoma dolor en el corazón o el pecho como el síntoma palpitaciones estuvieron asociados significativamente con la violencia de pareja [Dolor en el corazón o el pecho: χ^2 (2, N=91)=13,95; $p < 0,001$ y Palpitaciones χ^2 (2, N=91)=10,28; $p < 0,01$], siendo padecidos por una cantidad de mujeres del grupo control significativamente inferior a la esperada por azar y por una cantidad de mujeres víctimas de violencia física/psicológica significativamente superior.

Durante el último mes de T-2, únicamente el síntoma dolor en el corazón o el pecho mostró una asociación significativa con la violencia de pareja [χ^2 (2, N=91)=6,13; $p < 0,05$], siendo padecido por una cantidad de mujeres del grupo control significativamente inferior a la esperada y por una cantidad de mujeres víctimas de violencia psicológica significativamente superior.

A lo largo del tiempo, en las mujeres del grupo control no se produjeron cambios estadísticamente significativos en la incidencia de dolor en el corazón o el pecho ni en la incidencia de palpitaciones [McNemar; n.s.]. En las mujeres víctimas de violencia psicológica se encontró una disminución significativa en la incidencia del síntoma palpitaciones [McNemar; $p < 0,05$], siendo 9 mujeres

(9/23=39,13%) las que informaron dejar de padecerlo en T-2, frente a una mujer (1/23=4,35%) que informó desarrollado. Por último, en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica existió una disminución significativa tanto en la incidencia del síntoma dolor en el corazón o el pecho [McNemar; $p < 0,01$] como en la del síntoma palpitaciones [McNemar; $p < 0,05$]. El síntoma dolor en el corazón o el pecho lo dejaron de padecer 13 mujeres (13/33=39,39%), mientras que fue desarrollado en T-2 por una mujer (1/33=3,03%). En cuanto al síntoma palpitaciones, 13 mujeres (13/33=39,39%) dejaron de padecerlo en T-2, mientras que 3 mujeres de las que en T-1 no lo padecieron (3/33=9,09%) informaron haberlo padecido en dicho momento temporal.

g) Sistema Respiratorio:

En ambos momentos temporales existió una asociación significativa entre la violencia de pareja y la presencia del síntoma respiración dificultosa [T-1: χ^2 (2, N=91)=11,9; $p < 0,01$ y T-2: χ^2 (2, N=91)=8,04; $p < 0,02$], siendo la cantidad de mujeres que lo padeció significativamente inferior a la esperada en el grupo control y significativamente superior en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica.

En cuanto a la incidencia del síntoma respiración dificultosa a lo largo del tiempo, ésta no cambió significativamente en ninguno de los grupos [McNemar; n.s.].

h) Piel:

Durante el último año de T-1 no existió una asociación significativa entre la violencia de pareja y los síntomas prurito y erupciones [Fisher; n.s.]. Sin embargo, durante el último mes de T-2 se encontró una asociación significativa entre la violencia de pareja y la incidencia del síntoma prurito [χ^2 (2, N=91)=9,93; $p < 0,01$], siendo la frecuencia encontrada significativamente inferior a la esperada en las mujeres del grupo control y significativamente superior a la esperada en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica.

A lo largo del tiempo no se produjeron cambios estadísticamente significativos en la incidencia de prurito y erupciones ni en las mujeres del grupo control ni en las mujeres víctimas de violencia psicológica [McNemar; n.s.]. En cuanto a las mujeres víctimas de violencia física/psicológica, se encontró un aumento significativo en la incidencia del síntoma prurito a lo largo del tiempo [McNemar; $p < 0,05$], apareciendo en 10 mujeres durante T-2 ($10/33=30,3\%$) y desapareciendo en 2 de ellas ($2/33=6,06\%$).

i) Sistema Endocrino:

Durante el último año de T-1, la violencia de pareja se encontró asociada tanto al síntoma cambios de peso corporal [χ^2 (2, N=91)=15,77; $p < 0,001$] como al síntoma falta de apetito [χ^2 (2, N=91)=20,88; $p < 0,001$]. La cantidad de mujeres que padeció cambios de peso corporal fue significativamente inferior a la esperada en las mujeres del grupo control y significativamente superior a la esperada en las mujeres víctimas de violencia tanto psicológica como física/psicológica. Por otro lado, la cantidad de mujeres que padeció falta de apetito fue significativamente inferior a la esperada en las mujeres del grupo control y significativamente superior a la esperada en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica.

Durante el último mes de T-2 nuevamente se encontró una asociación significativa entre la violencia de pareja y la incidencia de ambos síntomas [Cambios de peso corporal: Fisher; $p < 0,05$ y Falta de apetito: Fisher; $p < 0,05$]. La cantidad de mujeres que sufrió cambios de peso corporal fue significativamente inferior a la esperada en las mujeres del grupo control y significativamente superior a la esperada en las mujeres víctimas de violencia psicológica, mientras que la cantidad de mujeres que padeció falta de apetito fue significativamente superior a la esperada en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica.

Respecto a la evolución en la incidencia de los síntomas del sistema endocrino a lo largo del tiempo, en las mujeres del grupo control se observó una disminución en la incidencia del síntoma cambios de peso corporal, si bien dicha disminución no alcanzó la significación estadística esperada [McNemar; $p = 0,07$].

El síntoma desapareció en T-2 en 7 mujeres ($7/35=20\%$), mientras que apareció en una mujer ($1/35=2,86\%$). Por otro lado, en las mujeres víctimas de violencia psicológica se encontró una disminución significativa a lo largo del tiempo en la incidencia de ambos síntomas [Cambios de peso corporal: McNemar; $p<0,02$; Falta de apetito: McNemar; $p<0,001$]. El síntoma cambios de peso corporal dejó de ser padecido a lo largo del tiempo por 10 mujeres ($10/23=43,48\%$), mientras que fue padecido por una de las mujeres que en T-1 no lo padecieron ($1/23=4,35\%$). En cuanto al síntoma falta de apetito, 11 mujeres informaron dejar de padecerlo en T-2 ($11/23=47,83\%$), no siendo desarrollado en T-2 por ninguna mujer ($0/23=0\%$). Finalmente, en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica se produjo una disminución significativa en la incidencia de ambos síntomas a lo largo del tiempo [Cambios de peso corporal: McNemar; $p<0,001$; Falta de apetito: McNemar; $p<0,001$]. El síntoma cambios de peso corporal dejó de ser padecido por 18 mujeres ($18/33=54,55\%$), mientras que fue desarrollado por una mujer ($1/33=3,03\%$). En cuanto al síntoma falta de apetito, 15 mujeres ($15/33=45,45\%$) informaron dejar de padecerlo, frente a una mujer que informó desarrollarlo en T-2 ($1/33=3,03\%$).

A continuación se muestran 2 cuadros-resumen sobre el impacto de la violencia de pareja en la incidencia de síntomas físicos a lo largo del tiempo. El primero de ellos muestra la asociación entre la violencia de pareja y la incidencia de síntomas físicos en T-1 y en T-2, mientras que el segundo muestra la evolución de los síntomas físicos a lo largo del tiempo (de T-1 a T-2) en cada grupo.

Cuadro-resumen de la asociación entre la violencia de pareja y la incidencia de síntomas físicos en T-1 y en T-2

Sistema Corporal	Grupo control		Grupo de violencia psicológica		Grupo de violencia física/psicológica	
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2
Nervioso	Dolor de cabeza (↓) Mareos (↓) Entumecimiento (↓) Temblor de manos (↓) Zumbido en oídos (↓) Vértigos (↓) Pesadillas (↓)	Dolor de cabeza (↓) Zumbido en oídos (↓) Entumecimiento (↓) Temblor de manos (↓) Pesadillas (↓)	Pesadillas (↑)	Entumecimiento (↑) Temblor de manos (↑) Pesadillas (↑)	Mareos (↑) Entumecimiento (↑) Temblor de manos (↑) Zumbido en oídos (↑) Vértigos (↑) Pesadillas (↑)	-
Muscular	Falta de fuerza (↓) Fatiga (↓) Dolores musculares (↓) Calambres (↓)	Falta de fuerza (↓)	-	Falta de fuerza (↑)	Falta de fuerza (↑) Fatiga (↑) Dolores musculares (↑)	-
Reproductor	Dolor vaginal (↓) Dolor al realizar el coito (↓) Dolor pélvico (↓)	Dolor pélvico (↓)	Sangrado vaginal (↓)	-	Sangrado vaginal (↑) Dolor vaginal (↑) Dolor al realizar el coito (↑)	Dolor pélvico (↑)
Digestivo	Ardor (↓) Dolor de estómago (↓)	Ardor (↓) Estreñimiento (↓)	-	Estreñimiento (↑)	-	Ardor (↑)
Urinario	-	-	-	-	-	-
Circulatorio	Dolor en el corazón o el pecho (↓) Palpitaciones (↓)	Dolor en el corazón o el pecho (↓)	-	Dolor en el corazón o el pecho (↑)	Dolor en el corazón o el pecho (↑) Palpitaciones (↑)	-
Respiratorio	Respiración dificultosa (↓)	Respiración dificultosa (↓)	-	-	Respiración dificultosa (↑)	Respiración dificultosa (↑)
Piel	-	Prurito (↓)	-	-	-	Prurito (↑)
Endocrino	Cambios de peso corporal (↓) Falta de apetito (↓)	Cambios de peso corporal (↓)	Cambios de peso corporal (↑)	Cambios de peso corporal (↑)	Cambios de peso corporal (↑) Falta de apetito (↑)	Falta de apetito (↑)

(↑): Incidencia superior a la esperada por azar (↓): Incidencia inferior a la esperada por azar (-): Incidencia similar a la esperada por azar

Cuadro-resumen de la evolución de síntomas físicos a lo largo del tiempo (de T-1 a T-2) en los grupos control, violencia psicológica y violencia física/psicológica

Sistema Corporal	Grupo control	Grupo de violencia psicológica	Grupo de violencia física/psicológica
Nervioso	Dolor de cabeza (↓≈)	Dolor de cabeza (↓)	Mareos (↓) Entumecimiento (↓≈) Temblor de manos (↓) Vértigos (↓) Pesadillas (↓)
Muscular		-	Falta de fuerza (↓) Dolor de espalda (↓)
Reproductor			Dolor vaginal (↓) Dolor al realizar el coito (↓≈)
Digestivo	Náuseas (↓≈)	-	Náuseas (↓)
Urinario		-	-
Circulatorio		Palpitaciones (↓)	Dolor en el corazón o el pecho (↓) Palpitaciones (↓)
Respiratorio		-	-
Piel		-	Prurito (↑)
Endocrino	Cambios de peso corporal (↓≈)	Cambios de peso corporal (↓) Falta de apetito (↓)	Cambios de peso corporal (↓) Falta de apetito (↓)

(↓): Disminución significativa de la incidencia del síntoma (↑): Aumento significativo de la incidencia del síntoma

(↓≈): Disminución de la incidencia del síntoma aproximada a la significación estadística

3.2.2.2. Evolución del impacto de la violencia de pareja en la incidencia de enfermedades físicas

En los siguientes apartados se describe, en primer lugar, la evolución del impacto de la violencia de pareja en la incidencia de enfermedades físicas de carácter agudo y, en segundo lugar, el impacto de la violencia en la incidencia de enfermedades físicas de carácter crónico. Los resultados obtenidos se presentan en las Tablas 14, 15, 16 y 17.

3.2.2.2.1. Incidencia de enfermedades físicas agudas

A- Incidencia total

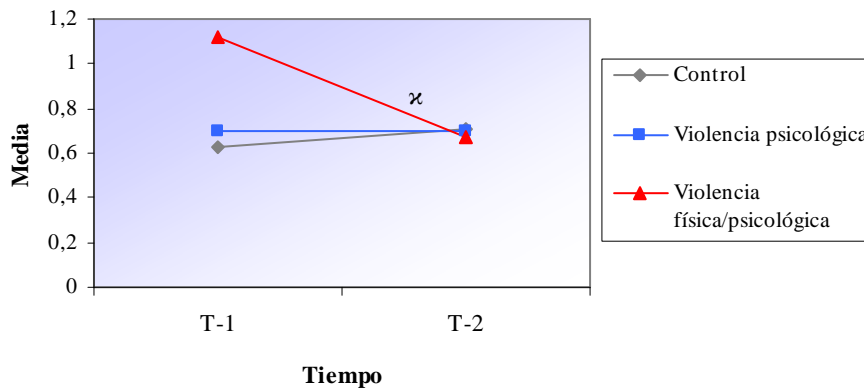
Tal y como muestra la Tabla 14, no existieron diferencias estadísticamente significativas en la cantidad media de enfermedades agudas padecidas por las mujeres ni durante el último año de T-1 [$F(2,88)=2,35$; n.s.] ni durante T-2 [$F(2,88)=0,025$; n.s.].

Por otro lado, el análisis del cambio producido de T-1 a T-2 en la cantidad media de enfermedades físicas agudas padecidas no llegó a mostrar diferencias estadísticamente significativas entre los grupos, si bien se observó cierta tendencia [$F(2,88)=2,48$; $p=0,09$]. Las pruebas post-hoc pusieron de manifiesto que las mujeres víctimas de violencia física/psicológica experimentaron una mayor disminución en la cantidad total de enfermedades agudas padecidas que las mujeres del grupo control, si bien esta diferencia no alcanzó la significación estadística esperada ($p=0,08$).

En cuanto a la evolución de la incidencia de las enfermedades agudas a lo largo del tiempo en cada uno de los grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en las mujeres del grupo control [$t(34)=-0,63$; n.s.] ni en las mujeres víctimas de violencia psicológica [$t(22)=0,2$; n.s.]. Sin embargo, se encontraron diferencias significativas en las mujeres víctimas de

violencia física/psicológica [$t(32)=2,21$; $p<0,05$], siendo menor la cantidad de enfermedades de carácter agudo padecidas durante T-2 (véase gráfico 15).

Gráfico 15. Evolución de la incidencia de enfermedades físicas agudas



x Difiere de T-1 mismo grupo; $p<0,05$

B- Incidencia de enfermedades físicas agudas específicas

Tal y como muestra la Tabla 15, durante T-1 se encontró una asociación significativa entre la violencia de pareja y la incidencia de infección de orina [$\chi^2(2, N=91)=10,66$; $p<0,01$]. La cantidad de mujeres que padeció esta enfermedad fue significativamente inferior a la esperada en el grupo control y significativamente superior a la esperada en el grupo de violencia física/psicológica. Durante T-2 no se encontró una asociación significativa entre la violencia de pareja y la incidencia de ninguna enfermedad física aguda [Infertilidad: Fisher; n.s.; Infección genital: Fisher; n.s.; Infección de orina: Fisher; n.s.; Úlcera: Fisher; n.s.; Gastritis: Fisher; n.s.; Bronquitis aguda: Fisher; n.s.; Eczema: $\chi^2(2, N=91)=0,78$; Herpes: Fisher; n.s.].

A lo largo del tiempo, la incidencia de las enfermedades agudas estudiadas no cambió significativamente ni en las mujeres del grupo control ni en las mujeres víctimas de violencia psicológica [McNemar; n.s.]. Sin embargo, en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica se encontró una disminución estadísticamente significativa en la incidencia de la enfermedad infección genital

Tabla 14. Enfermedades agudas padecidas por las mujeres durante el último año de T-1 y durante los 3 años transcurridos desde el final de T-1 hasta el comienzo de T-2 (Media±DT)

Variable	Grupo Control (n=35)		Grupo de violencia psicológica (n=23)		Grupo de violencia física/psicológica (n=33)		Estadísticos					
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	ANOVA		t de Student ^{rc}			
							T-1	T-2	rc Diferencia (T-1 - T-2)	Grupo Control	Grupo violencia psicológica	Grupo de violencia física/psicológica
Cantidad total de enfermedades agudas	0,63(±0,73)	0,71(±0,71)	0,7(±1,18)	0,7(±1,15)	1,12(±1,08)	0,67(±0,85)	n.s.	n.s.	p=0,09#	n.s.	n.s.	p<0,05

^{rc} Puntuaciones transformadas en su raíz cuadrada

Grupo de violencia física/psicológica difiere del grupo control; p=0,08

Tabla 15. Enfermedades agudas padecidas por las mujeres durante el último año de T-1 y durante los 3 años transcurridos desde el fin de T-1 hasta el comienzo de T-2 (% de mujeres)

Variable	Grupo Control (n=35)		Grupo de violencia psicológica (n=23)		Grupo de violencia física/psicológica (n=33)		Estadísticos					
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	χ ² o Exacto de Fisher		Test de McNemar			
							T-1	T-2	Grupo Control	Grupo violencia psicológica	Grupo violencia física/psicológica	
Sistema Reprodutor												
Infertilidad	18,2	11,1	0	0	0	0	n.s.	n.s.	n.s.	-	-	-
Infección genital	17,1	11,4	8,7	13	30,3	3	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		p<0,01
Enfermedad de transmisión sexual	0	0	0	0	12,5	0	n.s.	-	-	-	-	-
Sistema Urinario												
Infección de orina	8,6	11,4	8,7	4,3	36,4	18,2	p<0,01	n.s.	n.s.	n.s.		p=0,07
Sistema Digestivo												
Úlcera	0	2,9	4,3	4,3	3	3	n.s.	n.s.	-	n.s.		n.s.
Gastritis	5,7	2,9	17,4	13	15,2	15,2	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		n.s.
Sistema Respiratorio												
Bronquitis aguda	2,9	8,6	13	8,7	3	12,1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		n.s.
Piel												
Eczema	20	20	17,4	17,4	18,2	12,1	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.		n.s.
Herpes cutáneo	2,9	8,6	0	8,7	0	3	n.s.	n.s.	n.s.	-		-

-: Ausencia de medida

a lo largo del tiempo [McNemar; $p < 0,01$]. Concretamente, 9 mujeres que durante el último año de T-1 padecieron infección genital informaron no padecerla durante T-2 ($9/33=27,3\%$), mientras que ninguna mujer de las que en T-1 estuvo libre de dicha enfermedad informó padecerla en T-2 ($0/33=0\%$). Por otro lado, se encontró una disminución en la incidencia de la enfermedad infección de orina, si bien no llegó a alcanzar la significación estadística esperada [McNemar; $p=0,07$]: 7 mujeres ($7/33=21,21\%$) informaron dejar de padecerla en T-2, frente a una mujer ($1/33=3,03\%$) que informó padecerla con el tiempo.

3.2.2.2.2. Incidencia de enfermedades físicas crónicas

A- Incidencia total

Tal y como muestra la Tabla 16, no existieron diferencias significativas entre los grupos en la cantidad media de enfermedades crónicas padecidas por las mujeres ni en T-1 [$F(2,88)=1,45$; n.s.] ni en T-2 [$F(2,88)=0,13$; n.s.].

Tabla 16. Enfermedades crónicas* padecidas por las mujeres durante el último año de T-1 y a lo largo de los 3 años transcurridos desde el fin de T-1 hasta el comienzo de T-2 (Media \pm DT)

Variable	Grupo Control (n=35)		Grupo de violencia psicológica (n=23)		Grupo de violencia física/psicológica (n=33)		Estadísticos ANOVA	
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2
Cantidad total de enfermedades crónicas	0,63(\pm 0,49)	0,2(\pm 0,41)	1(\pm 0,74)	0,17(\pm 0,39)	0,76(\pm 1,09)	0,15(\pm 0,36)	n.s.	n.s.

* Diagnosticadas en T-1 ó durante los 3 años transcurridos de T-1 a T-2

B- Incidencia de enfermedades físicas crónicas específicas

Tal y como muestra la Tabla 17, durante T-1 se encontró una asociación aproximada a la significación estadística entre la violencia de pareja y la incidencia de hipertiroidismo [Fisher; $p=0,062$], siendo la cantidad de mujeres con dicha enfermedad superior a la esperada en el grupo de violencia psicológica.

Tabla 17. Enfermedades crónicas* padecidas por las mujeres durante el último año de T-1 y durante los 3 años transcurridos desde el fin de T-1 hasta el comienzo de T-2 (% de mujeres)

Variable	Grupo Control (n=35)		Grupo de violencia psicológica (n=23)		Grupo de violencia física/psicológica (n=33)		Estadísticos χ^2 o Fisher	
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2
Sistema Digestivo								
Intestino irritable	2,9	2,9	17,4	0	6,1	3,2	n.s.	n.s.
Sistema Circulatorio								
Hipertensión	17,1	13,8	17,4	21,1	15,2	3,6	n.s.	n.s.
Sistema Respiratorio								
Asma	0	0	8,7	0	9,1	3,3	n.s.	n.s.
Piel								
Psoriasis	2,9	0	8,7	0	6,1	0	n.s.	-
Sistema Endocrino								
Diabetes mellitus	2,9	0	0	0	9,1	0	n.s.	-
Hipertiroidismo	0	0	8,7	0	0	0	p=0,062	-
Hipotiroidismo	0	2,9	4,3	0	0	0	n.s.	n.s.
Otras enfermedades								
Alergia	37,1	4,5	34,8	0	30,3	8,7	n.s.	n.s.

* Diagnosticadas en T-1 ó durante los 3 años transcurridos de T-1 a T-2

Por otra parte, durante T-2, la incidencia de las enfermedades crónicas estudiadas no estuvo asociada a la violencia de pareja [Intestino irritable: Fisher; n.s.; Hipertensión: Fisher; n.s.; Asma: Fisher; n.s.; Hipotiroidismo: Fisher; n.s. y Alergia: Fisher; n.s.].

3.2.2.3. Evolución del impacto de la violencia de pareja en la utilización de los servicios de salud

A continuación se detallan los resultados obtenidos en relación a la utilización a lo largo del tiempo de los siguientes servicios de salud: visitas a centros de atención primaria, visitas a centros de especialidades médicas, servicios de urgencia por violencia, servicios de urgencia por otros motivos e intervenciones quirúrgicas. Dichos resultados se muestran en la Tabla 18.

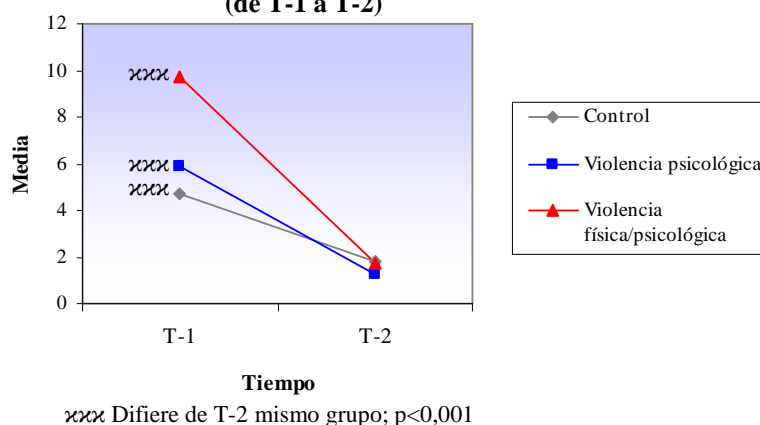
3.2.2.3.1. Visitas a centros de atención primaria

Tal y como muestra la Tabla 18, durante el último año de T-1 se encontraron diferencias marginalmente significativas en la media de visitas

realizadas por las mujeres a los centros de atención primaria [$V_w(2;43,51)=3,05$; $p=0,058$]. Las pruebas post-hoc revelaron que las mujeres víctimas de violencia física/psicológica realizaron más visitas que las mujeres del grupo control, si bien esta diferencia no alcanzó la significación estadística esperada ($p=0,059$). Respecto a las visitas a centros de atención primaria durante el último año de T-2, la diferencia entre los grupos no fue estadísticamente significativa [$F(2,88)=0,48$; n.s.].

En cuanto al cambio producido de T-1 a T-2 en el número de visitas a los centros de atención primaria, la comparación entre los grupos se aproximó a la significación estadística [$V_w(2,49)=3$; $p=0,059$], observándose una mayor disminución en el número de visitas realizadas por las mujeres víctimas de violencia física/psicológica que por las mujeres del grupo control (T3 de Dunnett, $p=0,075$). Por otro lado, en cada uno de los grupos se encontró una disminución significativa del número de visitas realizadas a los centros de atención primaria a lo largo del tiempo (véase gráfico 16) [Grupo control: $t(32)=3,68$; $p<0,001$; Grupo de violencia psicológica: $t(21)=4,29$; $p<0,001$; Grupo de violencia física/psicológica: $t(31)=3,84$; $p<0,001$].

Gráfico 16. Visitas a centros de atención primaria a lo largo del tiempo (de T-1 a T-2)



3.2.2.3.2. Visitas a centros de especialidades médicas

En ningún momento temporal estudiado se observaron diferencias significativas entre los grupos en la cantidad de visitas realizadas a los centros de especialidades [T-1: $F(2,86)=0,99$; n.s. y T-2: $F(2,88)=0,32$; n.s.].

Tabla 18. Utilización de los servicios de salud durante el último año de T-1 y durante el último año de T-2

Variable	Grupo Control (n=35) T-1 T-2		Grupo de violencia		Grupo de violencia		χ^2 ; Fisher; ANOVA T-1 T-2		ANOVA Diferencia (T-1 - T-2)	Estadísticos		
			psicológica (n=23) T-1 T-2		física/psicológica (n=33) T-1 T-2					Evolución de T-1 a T-2 McNemar; t de Student		
			Grupo Control	Violencia psicológica	Violencia física/psicológica							
Visitas a centros de atención primaria												
Media \pm DT	4,7(\pm 3,52)	1,8(\pm 2,92)	5,86(\pm 5,71)	1,22(\pm 1,44)	9,69(\pm 11,1) [#]	1,7(\pm 2,02)	p=0,058	n.s.	p=0,059 ^{aa}	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Visitas a centros de especialidades												
Media \pm DT	3,91(\pm 4,38)	3,69(\pm 2,6)	5,05(\pm 7,75)	4,39(\pm 4,42)	6,15(\pm 7,4)	4,39(\pm 5,04)	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
Utilización de servicios de urgencia por violencia												
% de mujeres			0	0	30,3	0	p<0,01	-	-	-	-	-
Media \pm DT			0	0	0,39(\pm 0,7)	0	p<0,01	-	-	-	-	p<0,01
Utilización de servicios de urgencia por otros motivos												
% de mujeres	37,1	34,3	36,4	34,8	45,5	45,5	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.
Media \pm DT	0,49(\pm 0,74)	0,51(\pm 0,82)	0,5(\pm 0,74)	0,39(\pm 0,58)	0,84(\pm 1,19)	0,85(\pm 1,18)	n.s.	n.s.	^{rc} n.s.	^{rc} n.s.	^{rc} n.s.	^{rc} n.s.
Intervenciones quirúrgicas												
% de mujeres	11,4	5,7	13	4,3	9,1	6,1	n.s.	n.s.	-	n.s.	n.s.	n.s.

^{rc} Puntuaciones transformadas en su raíz cuadrada

[#] Las pruebas post-hoc se aproximan a la significación estadística: Grupo de violencia física/psicológica difiere del grupo control; p=0,059

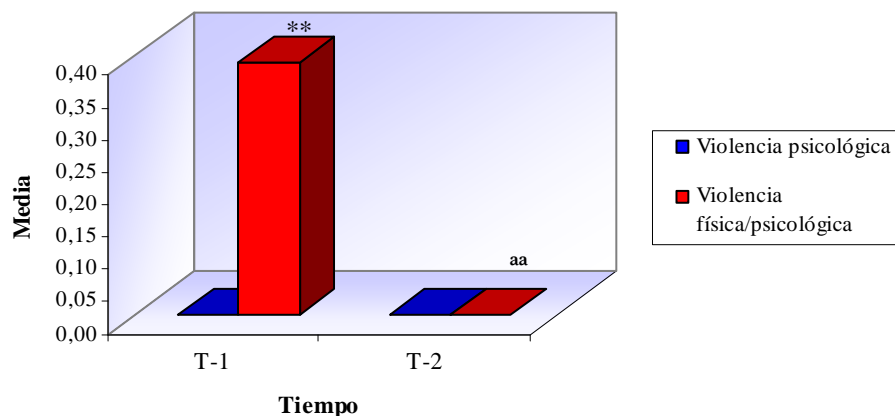
^{aa} Las pruebas post-hoc se aproximan a la significación estadística: Grupo de violencia física/psicológica difiere del grupo control; p=0,075

En cuanto al cambio producido de T-1 a T-2 en el número de visitas a estos centros, éste fue similar en los tres grupos de mujeres [$F(2,86)=0,42$; n.s.], así como dentro de cada grupo [Control: $t(33)=0,12$; n.s.; Violencia psicológica: $t(21)=0,29$; n.s.; Violencia física/psicológica: $t(32)=1,31$; n.s.].

3.2.2.3.3. Utilización de servicios de urgencia por violencia

Durante el último año de T-1, tal y como muestra la Tabla 18 (véase también gráfico 17) existió una asociación significativa entre la violencia de pareja y la utilización de servicios de urgencia por violencia [Fisher; $p<0,01$]: la cantidad de mujeres que hicieron uso de los mismos fue significativamente superior a la esperada en el grupo de violencia física/psicológica. En cuanto al número de veces que utilizaron estos servicios de urgencia, éste fue significativamente superior en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica [$t(32)=-3,21$; $p<0,01$] que en las mujeres víctimas de violencia psicológica. Por otra parte, durante el último año de T-2 ninguna mujer víctima de violencia, ni psicológica ni física/psicológica, utilizó un servicio de urgencia por motivos de violencia, por lo que no se realizaron análisis estadísticos. Finalmente, a lo largo del tiempo el número de veces que fueron utilizados los servicios de urgencia por violencia disminuyó significativamente en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica [$t(32)=3,21$; $p<0,01$].

Gráfico 17. Utilización de servicios de urgencia por violencia



** Difiere de las mujeres víctimas de violencia psicológica en T-1; $p<0,01$

aa Difiere de T-1 mismo grupo; $p<0,01$

3.2.2.3.4. Utilización de servicios de urgencia por otros motivos

En ambos momentos temporales, la frecuencia en la utilización de los servicios de urgencia por otros motivos fue similar a la esperada en todas las mujeres, indicando independencia entre la utilización de los servicios y la violencia de pareja [T-1: $\chi^2(2, N=90)=0,65$; n.s. y T-2: $\chi^2(2, N=91)=1,07$; n.s.]. Por otra parte, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en el número de veces que hicieron uso de estos servicios en T-1 [Vw(2;52,12)=1,13; n.s.] o en T-2 [Vw(2;57,47)=1,82; n.s.].

A lo largo del tiempo, el cambio en el número de visitas a los servicios de urgencias por otros motivos fue similar entre los grupos [F(2,86)=0,02; n.s.]. Además, no se encontraron cambios significativos en ningún grupo ni en la frecuencia de utilización de los servicios de urgencias por otros motivos [McNemar; n.s.] ni en el número de veces que fueron utilizados [Control: t(34)=0,04; n.s.; Violencia psicológica: t(21)=0,27; n.s.; Violencia física/psicológica: t(31)=0; n.s.].

3.2.2.3.5. Intervenciones quirúrgicas

En ninguno de los momentos temporales estudiados la violencia de pareja estuvo asociada significativamente con haber sido intervenida quirúrgicamente [Fisher; n.s.]. Por otra parte, a lo largo del tiempo no se produjeron cambios estadísticamente significativos en la incidencia de intervenciones quirúrgicas en ninguno de los tres grupos [McNemar; n.s.].

3.3. Impacto de la violencia de pareja en el sistema inmune de las mujeres a lo largo del tiempo

Previo al análisis del impacto de la violencia de pareja en el funcionamiento del sistema inmune se realiza una descripción de las principales características de las mujeres participantes (N=60). En dicha descripción se recoge la siguiente información: edad, nivel de educación, relación y convivencia con el agresor/pareja de T-1, evolución de la violencia de pareja a lo largo del tiempo, historial de victimización, apoyo social percibido y acontecimientos vitales (véase Tabla 19 y Figura 6).

3.3.1. Descripción de las mujeres participantes

a. Edad

El rango de edad de las mujeres en T-2 se situó entre 31 y 70 años (gráfico 18), siendo la edad media de 49,7 ($\pm 10,26$) años. La edad se distribuyó de forma homogénea en los tres grupos de mujeres, no existiendo diferencias significativas entre ellos [$V_w(2;33,51)=0,36$; n.s.].

Gráfico 18. Edad de las mujeres control, mujeres víctimas de violencia psicológica y mujeres víctimas de violencia física/psicológica en T-2

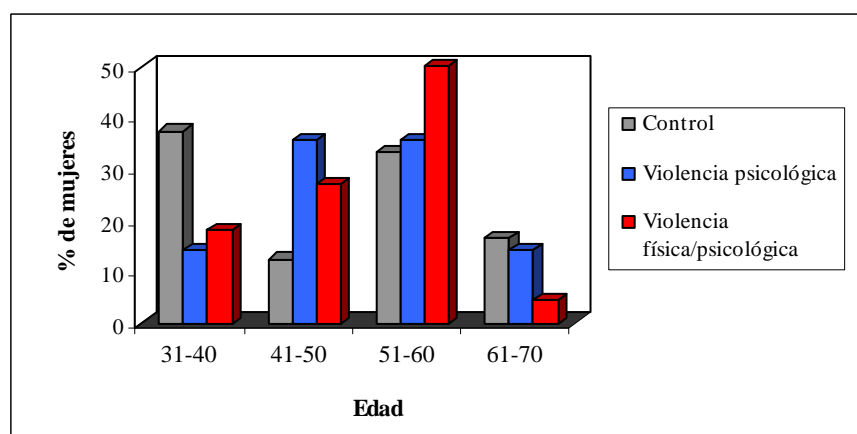


Tabla 19. Características de las mujeres del grupo control, mujeres víctimas de violencia psicológica y mujeres víctimas de violencia física/psicológica en T-1 y en T-2 (% de mujeres)

Variable	Grupo control (n=24)		Grupo de violencia psicológica (n=14)		Grupo de violencia física/psicológica (n=22)		Estadísticos				
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	ANOVA; χ^2 o Exacto de Fisher		Asociación entre T-1 y T-2 (χ^2 ; McNemar)		
							T-1	T-2	Grupo control	Grupo de violencia psicológica	Grupo de violencia física/psicológica
Edad (media \pm DT)	45,75(\pm 12,5)	48,46(\pm 12,48)	48,57(\pm 9,5)	51,5(\pm 9,3)	46,77(\pm 8,3)	49,9(\pm 8,25)	n.s.	n.s.	-	-	-
Nivel de educación							n.s.	n.s.	p<0,001	p<0,001	p<0,001
Lee y escribe	4,2	4,2	7,1	7,1	13,6	9,1					
Certificado escolar	16,7	16,7	14,3	14,3	22,7	22,7					
Graduado escolar	45,8	45,8	50	50	36,4	40,9					
Estudios secundarios	20,8	20,8	28,6	28,6	18,2	18,2					
Estudios universitarios medios	4,2	4,2	0	0	0	0					
Estudios universitarios superiores	8,3	8,3	0	0	9,1	9,1					
Relación con el agresor/pareja de T-1							p<0,001	p<0,001	p<0,01	p<0,01	p<0,001
Viuda	4,2	4,2	0	0	0	0					
Separada de la pareja	0	0	14,3	14,3	13,6	13,6					
Separada/Divorciada del marido	0	0	21,4	50	50	50					
Soltera viviendo con la pareja	8,3	4,2	7,1	7,1	4,5	13,6					
Casada	87,5	91,7	57,1	28,6	31,8	22,7					
Convivencia con el agresor/pareja al tiempo de las entrevistas	95,8	95,8	71,4	35,7	50	36,4	p<0,01	p<0,001	n.s.	p<0,05	n.s.
Violencia en la infancia	54,2	-	64,3	-	59,1	-	n.s.	-	-	-	-
Violencia presenciada entre los padres	20,8	-	21,4	-	31,8	-	n.s.	-	-	-	-
Violencia en la edad adulta (no parejas) (% de mujeres)	54,2	4,2	35,7	21,4	54,5	54,5	n.s.	p<0,001	n.s.	n.s.	n.s.
Total Apoyo Social percibido (Media \pm DT)	-	46,78(\pm 6,7)	-	40,57(\pm 10,4)	-	36,23(\pm 13,2)***	-	p<0,01	-	-	-
Total Acontecimientos Vitales (media \pm DT)	-	2,38 (\pm 1,13)	-	1,86(\pm 1,41)	-	2,62(\pm 1,2)	-	n.s.	-	-	-
Percepción Acontecimientos Vitales (media + DT)	-	13,29(\pm 8,94)	-	8,71(\pm 8,86)	-	17,95(\pm 9,51)**	-	p<0,02	-	-	-

** Difiere de las mujeres víctimas de violencia psicológica; p<0,02

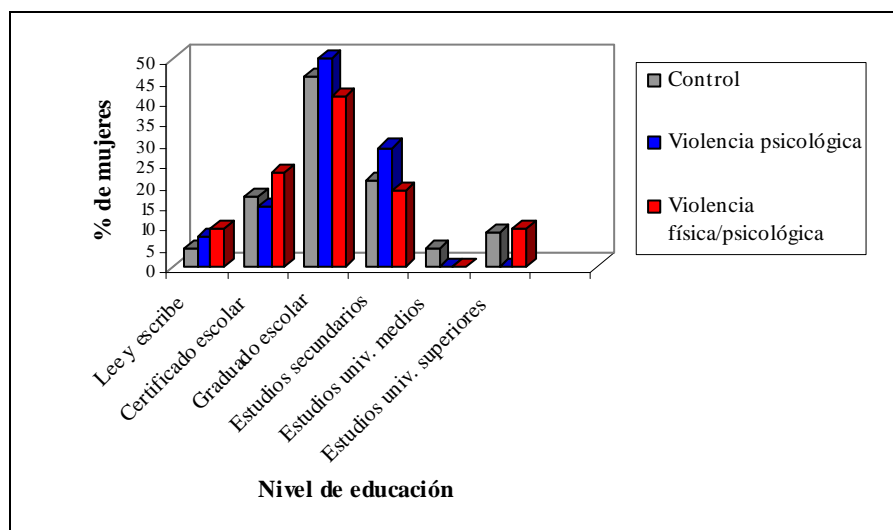
*** Difiere del grupo Control; p<0,01

-: Ausencia de medida

b. Nivel de educación

Tanto en T-1 como en T-2, el nivel de educación fue independiente de la violencia de pareja [Fisher; n.s.], manteniéndose el mismo nivel a lo largo del tiempo en los tres grupos de mujeres [Fisher; $p < 0,001$] (Tabla 19). Tal y como representa el gráfico 19, el nivel más frecuente en T-2 en todos los grupos de mujeres fue el de “graduado escolar”.

Gráfico 19. Nivel de educación de las mujeres control, mujeres víctimas de violencia psicológica y mujeres víctimas de violencia física/psicológica en T-2



c. Relación con el agresor/pareja de T-1

Tal y como se observa en la Tabla 19, el tipo de relación de pareja estuvo asociado significativamente con la violencia de pareja en ambos momentos temporales [Fisher; $p < 0,001$]. En T-1, la cantidad de mujeres “separadas/divorciadas del marido” fue significativamente inferior a la esperada en el grupo control y superior en el grupo de violencia física/psicológica, observándose el patrón contrario en la categoría de mujeres “casadas”. En T-2, en el grupo control se observó el mismo patrón, además de observarse en ambos grupos de violencia una cantidad superior a la esperada de mujeres “separadas/divorciadas del marido” e inferior de mujeres “casadas”.

Por otra parte, la relación con el agresor/pareja de T-1 se mantuvo a lo largo del tiempo en los tres grupos de mujeres [Grupo control: Fisher; $p < 0,01$;

Violencia psicológica: Fisher; $p < 0,01$ y Violencia física/psicológica: Fisher; $p < 0,001$], a excepción de un cambio observado en el grupo de violencia física/psicológica, en el que una frecuencia superior de mujeres cambió su relación de “soltera viviendo con la pareja” en T-1 a “separada de la pareja” en T-2.

d. Convivencia con el agresor/pareja al tiempo de las entrevistas

Existió una asociación significativa entre la convivencia con el agresor/pareja y la violencia de pareja tanto durante las entrevistas de T-1 [χ^2 (2, N=60)=12,36; $p < 0,01$] como durante las de T-2 [χ^2 (2, N=60)=21,4; $p < 0,001$]: la frecuencia de mujeres “conviviendo con el agresor/pareja” fue significativamente superior en el grupo control e inferior en el grupo de violencia física/psicológica en ambos momentos temporales, siendo inferior a la esperada en el grupo de violencia psicológica en T-2.

A lo largo del tiempo se encontró un cambio significativo en la convivencia con el agresor/pareja en el grupo de violencia psicológica [McNemar; $p < 0,05$]: 5 mujeres que convivían con el agresor en T-1, dejaron de convivir en T-2 (5/14=35,71%), mientras que ninguna mujer de las que no convivían en T-1 reanudó la convivencia en T-2 (0/14=0%).

e. Evolución de la violencia de pareja

La evolución de la violencia de pareja observada en las 60 mujeres que participaron en el estudio inmunológico se describe a continuación siguiendo los tres grupos establecidos en T-1 (véase Figura 6).

a) Grupo control

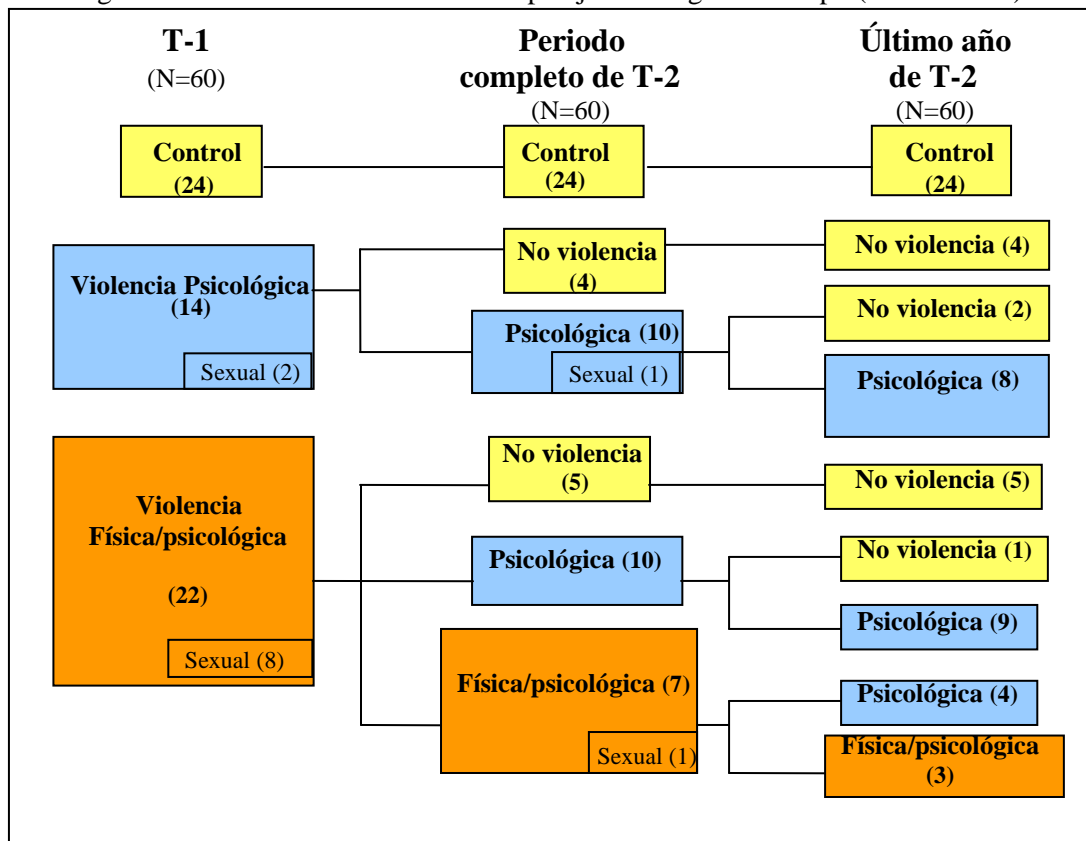
De las 37 mujeres que aportaron muestras de saliva en T-1, fueron 24 las que aportaron también en T-2 (64,9%). A lo largo del tiempo, es decir, de T-1 a T-2, ninguna mujer de este grupo sufrió episodios de violencia por parte de su pareja.

b) Mujeres víctimas de violencia de pareja

Un total de 74 mujeres víctimas de violencia de pareja aportaron muestras de saliva para el estudio inmunológico en T-1, de las cuales 36 volvieron a proporcionar muestras en T-2 (48,65%).

Tal y como se observa en la Figura 6, durante T-2 el tipo de violencia experimentada por las mujeres cambió. De las mujeres que en T-1 fueron víctimas de violencia psicológica (N=14), el 28,6% (n=4) dejó de sufrir violencia en T-2, el 64,3% (n=9) continuó sufriendo violencia psicológica y el 7,1% (n=1) refirió además violencia sexual. Respecto a las mujeres que en T-1 fueron víctimas de violencia física/psicológica (N=22), el 27,3% (n=6) continuó siendo objeto de este tipo de violencia durante T-2 (2 de las cuales sufrieron, además, violencia sexual en T-1), el 4,5% (n=1) sufrió además violencia sexual por su pareja, el 45,5% (n=10) fue víctima de violencia psicológica únicamente (2 de las cuales sufrieron también violencia sexual en T-1) y el 22,7% (n=5) dejó de ser víctima de violencia por la pareja (3 de las cuales fueron víctimas de violencia sexual en T-1).

Figura 6. Evolución de la violencia de pareja a lo largo del tiempo (de T-1 a T-2)



Por otra parte, el tipo de violencia sufrida por las mujeres también cambió durante el último año del periodo de seguimiento en T-2. En dicho periodo temporal, la violencia cesó en el 33,3% (n=12) de las mujeres víctimas de violencia de pareja (N=36) (6 mujeres del grupo de violencia psicológica y 6 del grupo de violencia física/psicológica), viéndose reducida a violencia psicológica en el 36,1% (n=13) de las mujeres. El 30,6% restante (n=11) continuó sufriendo el mismo tipo de violencia, psicológica (n=8) o física/psicológica (n=3). En cuanto a la violencia sexual, ésta desapareció en una mujer que fue víctima de violencia física, psicológica y sexual en T-1, desconociéndose si fue concomitante a la violencia psicológica en otra mujer.

f. Historial de victimización

Tal y como se observa en la Tabla 19, la violencia de pareja no estuvo asociada con la experiencia de haber sufrido violencia en la infancia [$\chi^2(2, N=60)=0,38$; n.s.], así como tampoco con la violencia presenciada entre los padres durante T-1 [$\chi^2(2, N=60)=0,86$; n.s.]. En cuanto a la violencia en la edad adulta sufrida por las mujeres, perpetrada por personas diferentes al agresor/pareja de T-1, los resultados encontrados pusieron de manifiesto una ausencia de asociación significativa entre la presencia de este tipo de violencia en T-1 y la violencia de pareja [$\chi^2(2, N=60)=1,49$; n.s.]. Sin embargo, en T-2 sí existió una asociación significativa entre haber sido víctima de violencia en la edad adulta por personas diferentes al agresor/pareja de T-1 y la violencia de pareja [$\chi^2(2, N=60)=15,2$; $p<0,001$], siendo la cantidad de mujeres víctimas de la misma significativamente superior en el grupo de violencia física/psicológica e inferior en el grupo control.

Finalmente, en ningún grupo de mujeres se encontró una asociación entre haber sido víctimas de violencia en la edad adulta por personas diferentes en T-1 y haberlo sido en T-2 [Fisher; n.s.].

g. Apoyo social en T-2

Existieron diferencias significativas entre los grupos en el grado de apoyo social total percibido en T-2 [$V_w(2;29,15)=6,39$; $p<0,01$], siendo menor en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica que en las mujeres control ($p<0,01$), tal y como revelaron las pruebas post-hoc.

h. Acontecimientos vitales en T-2

Si bien no existieron diferencias entre los grupos en la cantidad media de acontecimientos vitales experimentados en T-2 [$F(2,56)=1,64$; n.s.] (véase Tabla 19), sí existieron en la percepción subjetiva de dichos acontecimientos [$F(2,56)=4,38$; $p<0,02$], siendo percibidos de forma más negativa por las mujeres víctimas de violencia física/psicológica que por las mujeres víctimas de violencia psicológica ($p<0,02$).

3.3.2. Evolución en el funcionamiento del sistema inmune de las mujeres

A continuación se describen, en primer lugar, los resultados referentes al volumen de saliva y la velocidad de secreción de la saliva de las muestras proporcionadas por las mujeres en T-1 y en T-2. En segundo lugar se aborda la evolución en el funcionamiento del sistema inmune de las mujeres a través de las medidas Neutralización del virus Herpes simple tipo 1 (Neutralización del virus HS-1), IgA específica para el virus HS-1 (IgA HS-1) e IgA total. En tercer lugar se describe la relación entre las diferentes medidas inmunológicas a lo largo del tiempo. Finalmente, se detallan los factores predictores de la evolución en el funcionamiento del sistema inmune de las mujeres a lo largo del tiempo.

3.3.2.1. Volumen y velocidad de secreción de la saliva

Los resultados obtenidos en relación al volumen y velocidad de secreción de la saliva proporcionada por las mujeres se detallan en las Tablas 20, 21, 22 y 23.

Tal y como se observa en la Tabla 20, no existieron diferencias entre los grupos en el volumen total medio de saliva proporcionado por las mujeres ni en T-1 [$F(2,36)=0,27$; n.s.] ni en T-2 [$F(2,57)=0,61$; n.s.]. Por otra parte, en ambos momentos temporales tampoco existieron diferencias significativas entre los grupos en el volumen de saliva proporcionada en la mañana del día 1 [T-1: $F(2,36)=0,32$; n.s.; T-2: $F(2,57)=0,45$; n.s.] y en la mañana del día 2 [T-1: $F(2,36)=0,63$; n.s.; T-2: $F(2,57)=2,15$; n.s.], ni en la tarde del día 1 [T-1: $F(2,36)=0,64$; n.s.; T-2: $F(2,57)=0,13$; n.s.] y en la tarde del día 2 [T-1: $F(2,36)=0,15$; n.s.; T-2: $F(2,57)=0,56$; n.s.].

Tabla 20. Volumen de saliva de las mujeres del grupo control, mujeres víctimas de violencia psicológica y mujeres víctimas de violencia física/psicológica en T-1 y en T-2 (Media y DT)

Variable	Grupo control (n=24)		Grupo de violencia psicológica (n=14)		Grupo de violencia física/psicológica (n=22)		Estadísticos (ANOVA)		
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	Diferencia (T-1 - T-2)#
Volumen de saliva (ml)									
Media total	6,2±1,36	5,75±1,83	6,06±1,0	5,81±1,59	6,47±1,31	6,3±1,8	n.s.	n.s.	n.s.
Día 1									
Mañana	6±1,68	5,8±2,0	6,75±1,89	5,49±1,81	6,29±1,9	6,14±2,19	n.s.	n.s.	-
Tarde	6,33±1,41	5,93±2,04	5±2,45	5,97±1,78	6,47±1,13	6,2±1,81	n.s.	n.s.	-
Día 2									
Mañana	6,17±1,54	5,35±1,72	6,5±0,58	5,81±1,36	6,71±1,4	6,37±1,77	n.s.	n.s.	-
Tarde	6,28±1,41	5,93±1,99	6±0,82	5,99±1,77	6,41±1,5	6,47±1,74	n.s.	n.s.	-

Diferencia en el volumen total medio de saliva en T-1 y en T-2

-. Ausencia de medida

Por otro lado, la diferencia en el volumen total medio de saliva aportada por las mujeres en T-1 y en T-2 no fue estadísticamente significativa [$F(2,36)=1,33$; n.s.], siendo el cambio producido en el volumen medio total a lo largo del tiempo similar en los tres grupos.

Finalmente, tal y como se refleja en la Tabla 21, el volumen medio de saliva obtenido el día 1 estuvo positivamente relacionado con el volumen medio obtenido el día 2, tanto en T-1 ($r=0,8$; $p<0,01$) como en T-2 ($r=0,89$; $p<0,01$). Además, existió una relación lineal positiva significativa entre el volumen total medio obtenido en T-1 y el obtenido en T-2 ($r=0,61$; $p<0,01$).

Tabla 21. Asociación del volumen de saliva aportada por las mujeres en T-1 y en T-2

Volumen medio de saliva (ml)	Día 2 (T-1)	Día 2 (T-2)	Total en T-2
Día 1 (T-1)	$r=0,8$; $p<0,01^*$	$r=0,89$; $p<0,01^*$	$r=0,61$; $p<0,01^{**}$
Día 1 (T-2)			
Total en T-1			

* Relación positiva los días 1 y 2 de T-1 y de T-2

** Relación positiva entre el volumen total medio en T-1 y en T-2

En cuanto a la velocidad de secreción de la saliva, los resultados obtenidos fueron los siguientes (Tabla 22):

En ningún momento temporal existieron diferencias significativas entre los grupos en la velocidad media total de secreción de la saliva proporcionada [T-1: $F(2,36)=1,07$; n.s.; T-2: $F(2,57)=1,11$; n.s.]. Además, tampoco existieron diferencias significativas entre los grupos en la velocidad media de secreción de

Tabla 22. Velocidad de secreción de la saliva de las mujeres del grupo control, mujeres víctimas de violencia psicológica y mujeres víctimas de violencia física/psicológica en T-1 y en T-2 (Media y DT)

Variable	Grupo control (n=24)		Grupo de violencia psicológica (n=14)		Grupo de violencia física/psicológica (n=22)		Estadísticos (ANOVA)		
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	Diferencia (T-1 - T-2)#
Velocidad de secreción (ml/min)									
Media total	0,59±0,37	0,61±0,35	0,47±0,22	0,63±0,45	0,79±0,64	0,95±1,13	n.s.	n.s. ^{rc}	n.s.
Día 1									
Mañana	0,54±0,41	0,61±0,39	0,71±0,47	0,64±0,65	0,67±0,49	1,07±1,76	n.s.	n.s.	-
Tarde	0,69±0,48	0,67±0,45	0,41±0,2	0,64±0,49	0,86±0,82	1,04±1,4	n.s.	n.s.	-
Día 2									
Mañana	0,51±0,37	0,53±0,33	0,34±0,12	0,6±0,35	0,75±0,56	0,85±0,83	n.s.	n.s. ^{rc}	-
Tarde	0,61±0,35	0,63±0,44	0,42±0,16	0,62±0,37	0,89±0,81	0,87±0,69	n.s. ^{rc}	n.s.	-

^{rc} Puntuaciones transformadas en su raíz cuadrada por incumplirse el supuesto de Levene

Diferencia en la velocidad media total de secreción de la saliva en T-1 y en T-2

-: Ausencia de medida

la saliva en las muestras obtenidas en la mañana del día 1 [T-1: $F(2,36)=0,44$; n.s.; T-2: $F(2,57)=1,08$; n.s.] y del día 2 [T-1: $F(2,36)=1,94$; n.s.; T-2: $F(2,57)=1,56$; n.s.], ni en las muestras obtenidas en la tarde del día 1 [T-1: $F(2,36)=0,87$; n.s.; T-2: $F(2,57)=1,15$; n.s.] y en la tarde del día 2 [T-1: $F(2,36)=1,38$; n.s.; T-2: $F(2,57)=1,41$; n.s.]. Por otra parte, la diferencia en la velocidad media total de secreción de la saliva en T-1 y en T-2 no resultó significativa estadísticamente [$F(2,36)=2,23$; n.s.], por lo que el cambio producido en la velocidad media total de secreción de la saliva a lo largo del tiempo fue similar en los tres grupos.

En cuanto a los coeficientes de correlación calculados (Tabla 23), éstos pusieron de manifiesto una relación positiva significativa entre la velocidad media de secreción de la saliva obtenida el día 1 y la obtenida el día 2, tanto en T-1 ($r=0,85$; $p<0,01$) como en T-2 ($r=0,87$; $p<0,01$), así como una relación positivamente significativa entre la velocidad media total de secreción de la saliva en T-1 y la velocidad media total en T-2 ($r=0,87$; $p<0,01$).

Tabla 23. Asociación de la velocidad de secreción de la saliva aportada por las mujeres en T-1 y en T-2

Velocidad de secreción (ml/min)	Día 2 (T-1)	Día 2 (T-2)	Total en T-2
Día 1 (T-1)	$r=0,85$; $p<0,01$ *	$r=0,87$; $p<0,01$ *	$r=0,87$; $p<0,01$ **
Día 1 (T-2)			
Total en T-1			

* Relación positiva los días 1 y 2 de T-1 y de T-2

** Relación positiva entre la velocidad de secreción de la saliva en T-1 y en T-2

En resumen, los grupos fueron homogéneos en cuanto al volumen y la velocidad de secreción de la saliva tanto en T-1 como en T-2, por lo que los resultados obtenidos en las medidas inmunológicas no estuvieron influidos por el método de recogida de las muestras.

3.3.2.2. Medidas inmunológicas

En la Tabla 24 se muestran los resultados obtenidos tras el análisis de las medidas inmunológicas.

3.3.2.2.1. Neutralización del virus HS-1

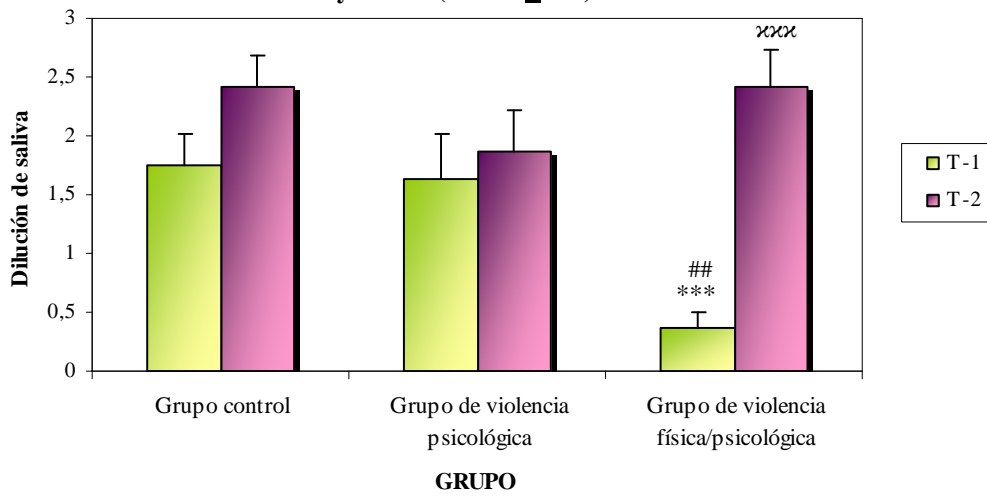
Tal y como muestra la Tabla 24 (véase también gráficos 20 y 21), en T-1 la capacidad media total de la saliva para neutralizar el virus HS-1 difirió entre los grupos [$F(2,57)=9,67$; $p<0,001$]. Las pruebas post-hoc revelaron que las mujeres víctimas de violencia física/psicológica mostraron una menor capacidad de neutralización del virus HS-1 que las mujeres del grupo control ($p<0,001$) y que las mujeres víctimas de violencia psicológica ($p<0,01$). Esta capacidad de neutralización del virus HS-1 disminuida en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica fue consistente a lo largo de los dos días de obtención de la saliva [Día 1: $V_w(2;26,13)=17,32$; $p<0,001$; Día 2: $F(2,57)=4,42$; $p<0,02$]. Por otro lado, la violencia de pareja estuvo asociada significativamente con la ausencia de capacidad para neutralizar el virus HS-1 [$\chi^2(2, N=60)=16,03$; $p<0,001$]: la cantidad de mujeres que mostraron ausencia de neutralización del virus fue significativamente inferior a la esperada en el grupo control y significativamente superior a la esperada en el grupo de violencia física/psicológica.

En T-2 la capacidad media total de la saliva para neutralizar el virus HS-1 fue similar entre los grupos, no existiendo diferencias estadísticamente significativas [$F(2,57)=0,82$; n.s.]. Tampoco existieron diferencias entre los grupos en la capacidad media de neutralización en el día 1 [$F(2,57)=0,33$; n.s.] ni en el día 2 [$F(2,57)=0,89$; n.s.]. Por último, no se encontró una asociación significativa entre la violencia de pareja y la ausencia de capacidad de neutralización del virus HS-1 [Fisher; n.s.].

Por otro lado, a lo largo del tiempo la capacidad media de neutralización del virus HS-1 aumentó significativamente en las mujeres del grupo de violencia

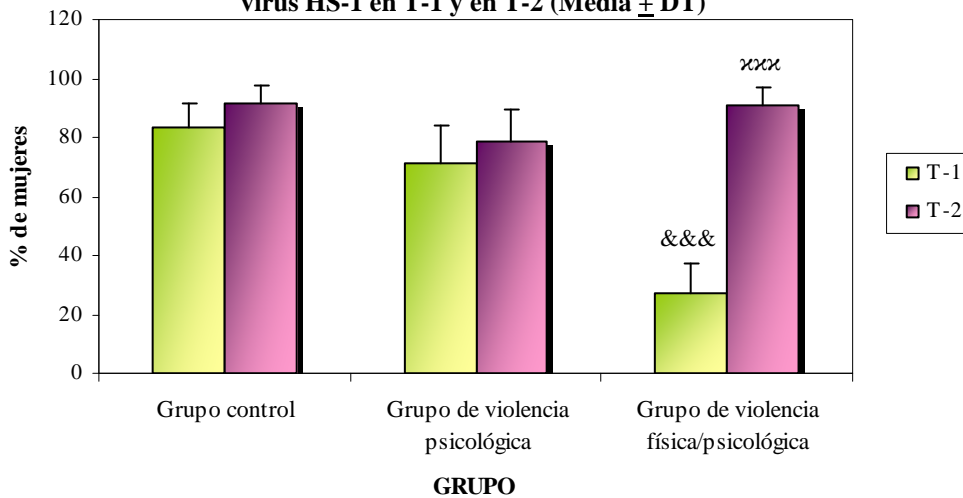
física/psicológica [$t(21)=-6,28$; $p<0,001$]. En este grupo, el porcentaje de mujeres que mostró capacidad para neutralizar el virus HS-1 aumentó significativamente [McNemar; $p<0,001$]: mientras 15 mujeres ($15/22=68,18\%$) mostraron ausencia de neutralización en T-1 y presencia de neutralización en T-2, sólo una de ellas ($1/22=4,55\%$) mostró presencia de neutralización en T-1 y ausencia de neutralización en T-2.

Gráfico 20. Dilución de saliva capaz de neutralizar el virus HS-1 en T-1 y en T-2 (Media \pm DT)



xxx Difiere de T-1 mismo grupo; $p<0,001$
 ## Difiere del grupo de violencia psicológica en T-1; $p<0,01$
 *** Difiere del grupo control en T-1; $p<0,001$

Gráfico 21. Porcentaje de mujeres que mostraron neutralización del virus HS-1 en T-1 y en T-2 (Media \pm DT)



xxx Difiere de T-1 mismo grupo; $p<0,001$
 &&& Frecuencia inferior a la esperada por azar; $p<0,001$

Tabla 24. Medidas inmunológicas de las mujeres del grupo control, mujeres víctimas de violencia psicológica y mujeres víctimas de violencia física/psicológica en T-1 y en T-2 (Media y DT)

Variable	Grupo control (n=24)		Grupo de violencia psicológica (n=14)		Grupo de violencia física/psicológica (n=22)		Estadísticos (ANOVA)		Estadísticos					
									Grupo control (n=24)		Grupo violencia psicológica (n=14)		Grupo violencia física/psicológica (n=22)	
	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	T-1	T-2	McNemar	t	McNemar	t	McNemar	t
Neutralización de virus HS-1														
Media total	1,75±1,33	2,42±1,32	1,64±1,39##	1,86±1,35	0,36±0,66***	2,41±1,56	p<0,001	n.s.	-	p=0,084	-	n.s.	-	p<0,001
% de mujeres sin Neutralización	16,7	8,3	28,6	21,4	72,7	9,1	p<0,001	n.s.	n.s.	-	n.s.	-	p<0,001	-
Día 1	2,08±1,72	2,5±1,79	1,71±1,54##	2±1,57	0,18±0,59***	2,36±2,01	p<0,001	n.s.						
Día 2	1,42±1,25	2,33±1,93	1,57±1,4#	1,71±1,54	0,55±0,91*	2,45±1,5	p<0,02	n.s.						
IgA específica para HS-1														
Media total	0,63±0,61	0,84±0,52	0,94±0,65#	1,09±0,67	0,48±0,41	0,91±0,57	p<0,05	n.s.	-	n.s.	-	n.s.	-	p<0,01
Día 1	0,66±0,68	0,84±0,59	0,91±0,65	1,06±0,8	0,5±0,54	0,85±0,66	n.s.	n.s.						
Día 2	0,61±0,59	0,84±0,57	0,97±0,7#	1,11±0,79	0,45±0,37	0,98±0,6	p=0,05	n.s.						
IgA Total														
Media total	20,62±15,13	266±167	13,95±6,62	311±295	41,25±105,3	300±182	n.s.	n.s.	-	^z n.s.	-	^z n.s.	-	^z n.s.
Día 1	22,29±17,63	241±158	14,05±6,45	401±472	21,07±17,2	321±207	n.s.	n.s.						
Día 2	18,95±13,5	291±200	13,84±7,44	221±135	61,44±198,32	279±200	n.s.	n.s.						

* Difiere del grupo control; p<0,05

*** Difiere del grupo control; p<0,001

Difiere de las mujeres víctimas de violencia física/psicológica; p<0,05

Difiere de las mujeres víctimas de violencia física/psicológica; p<0,01

-: Ausencia de medida

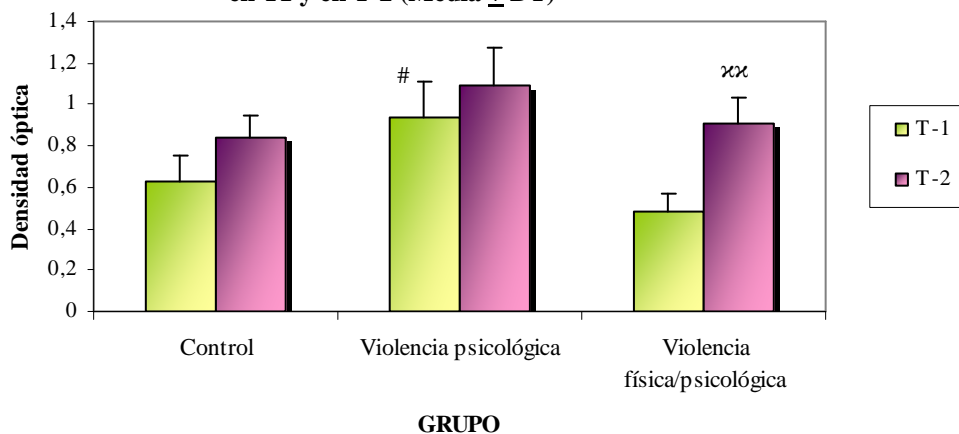
^z Prueba aplicada sobre puntuaciones z

3.3.2.2.2. IgA específica para el virus HS-1

La cantidad media de IgA HS-1 difirió entre los grupos en T-1 [$F(2,57)=3,03$; $p<0,05$] (véase gráfico 22). Las pruebas post-hoc mostraron que las mujeres víctimas de violencia psicológica tuvieron mayor cantidad de IgA HS-1 que las mujeres víctimas de violencia física/psicológica ($p<0,05$). Esta diferencia se observó también en el día 2 de la obtención de la saliva [$Vw(2;29,3)=3,3$; $p=0,05$], no observándose, sin embargo, en el día 1 [$F(2,57)=1,9$; n.s.]. Por otro lado, en T-2 no se produjeron diferencias significativas entre los grupos en la cantidad media de IgA HS-1 [$F(2,57)=0,82$; n.s.], así como tampoco en el día 1 [$F(2,57)=0,57$; n.s.] y en el día 2 [$F(2,57)=0,83$; n.s.] de la obtención de las muestras de saliva.

Finalmente, a lo largo del tiempo la cantidad de IgA HS-1 aumentó significativamente en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica [$t(21)=-3,29$; $p<0,01$], no variando ni en las mujeres del grupo control [$t(23)=-1,23$; n.s.] ni en las mujeres víctimas de violencia psicológica [$t(13)=-0,56$; n.s.].

Gráfico 22. IgA HS-1 en mujeres control, víctimas de violencia psicológica y víctimas de violencia física/psicológica en T1 y en T-2 (Media \pm DT)



Difiere de las mujeres víctimas de violencia física/psicológica en T-1; $p<0,05$
 x Difiere de T-1 mismo grupo; $p<0,01$

3.3.2.2.3. IgA Total

Tanto en T-1 como en T-2, la cantidad total media de IgA Total medida en la saliva no mostró diferencias significativas entre los grupos [T-1: $F(2,57)=0,93$; n.s.; T-2: $V_w(2;29,35)=0,28$; n.s.], así como tampoco existieron diferencias en la cantidad media de IgA Total obtenida en las muestras del día 1 [T-1: $F(2,57)=1,32$; n.s.; T-2: $V_w(2;27,21)=1,54$; n.s.] y en las del día 2 [T-1: $F(2,57)=0,95$; n.s.; T-2: $F(2,57)=0,65$; n.s.].

Por otro lado, a lo largo del tiempo la cantidad total media de IgA Total no cambió significativamente en ninguno de los tres grupos [Grupo control: $t(23)=0,11$; n.s.; Violencia psicológica: $t(13)=-0,79$; n.s.; Violencia física/psicológica: $t(21)=0,47$; n.s.].

3.3.2.3. Relación entre las diferentes medidas inmunológicas

Tal y como se detalla en la Tabla 25, en T-1 cada medida inmunológica estuvo relacionada consigo misma los días 1 y 2 de la obtención de la saliva. La capacidad media de la saliva para neutralizar el virus HS-1 el día 1 correlacionó positivamente con la capacidad media para neutralizar el virus el día 2 ($r=0,68$; $p<0,01$). Por otro lado, la cantidad media de IgA HS-1 obtenida el día 1 se relacionó positivamente con la cantidad media de IgA HS-1 obtenida el día 2 ($r=0,8$; $p<0,01$). Por último, el nivel medio de IgA Total en la saliva del día 1 estuvo relacionado positivamente con el nivel medio de IgA Total en la saliva del día 2 ($r=0,51$; $p<0,01$).

En cuanto al grado de relación entre las diferentes medidas inmunológicas en T-1 (Tabla 25), los resultados pusieron de manifiesto una ausencia de relación lineal significativa entre la capacidad media de la saliva para neutralizar el virus HS-1 y la cantidad media de IgA HS-1 ($r=0,04$; n.s.). De manera similar, la capacidad media de neutralización del virus no se encontró relacionada significativamente con la cantidad media de IgA Total ($r=-0,1$; n.s.). Finalmente,

la cantidad media de IgA HS-1 tampoco se encontró relacionada con la cantidad media de IgA Total ($r=-0,16$; n.s.).

Tabla 25. Relación de las medidas inmunológicas en T-1

Medidas inmunológicas en T-1	Neutralización del virus HS-1		IgA específica para HS-1		IgA Total	
	Media total	Día 2	Media total	Día 2	Media total	Día 2
Neutralización del virus HS-1						
Media total			$r=0,04$; n.s.		$r=-0,1$; n.s.	
Día 1		$r=0,68$; $p<0,01$ *				
IgA específica para HS-1						
Media total	$r=0,04$; n.s.				$r=-0,16$; n.s.	
Día 1				$r=0,8$; $p<0,01$ *		
IgA Total						
Media total	$r=-0,1$; n.s.		$r=-0,16$; n.s.			
Día 1						$r=0,51$; $p<0,01$ *

* Relación lineal positiva significativa los días 1 y 2

En T-2 (véase Tabla 26), nuevamente se encontró una relación positivamente significativa entre la capacidad media de la saliva para neutralizar el virus HS-1 el día 1 y la capacidad media para neutralizar el virus el día 2 ($r=0,31$; $p<0,05$). En cuanto a la cantidad media de IgA HS-1, ésta correlacionó positivamente entre los días 1 y 2 ($r=0,56$; $p<0,01$). La cantidad media de IgA Total del día 1 también se encontró positivamente relacionada con la cantidad de IgA Total del día 2 ($r=0,54$; $p<0,01$).

Respecto al grado de relación entre las diferentes medidas inmunológicas en T-2, los resultados mostraron una ausencia de relación lineal significativa entre la capacidad media de la saliva para neutralizar el virus HS-1 y la cantidad media de IgA HS-1 ($r=-0,1$; n.s.). De manera similar, la capacidad media de neutralización del virus no se encontró relacionada significativamente con la cantidad media de IgA Total ($r=0,05$; n.s.). Sin embargo, la cantidad media de IgA HS-1 se encontró positivamente relacionada con la cantidad media de IgA Total ($r=0,34$; $p<0,01$).

Tabla 26. Relación de las medidas inmunológicas en T-2

Medidas inmunológicas en T-2	Neutralización del virus HS-1		IgA específica para HS-1		IgA Total	
	Media total	Día 2	Media total	Día 2	Media total	Día 2
Neutralización del virus HS-1						
Media total			r=-0,1; n.s.		r=0,05; n.s.	
Día 1		r=0,31; p<0,05*				
IgA específica para HS-1						
Media total	r=-0,1; n.s.				r=0,34; p<0,01**	
Día 1			r=0,56; p<0,01*			
IgA Total						
Media total	r=0,05; n.s.		r=0,34; p<0,01**			
Día 1						r=0,54; p<0,01*

* Relación lineal positiva significativa los días 1 y 2

** Relación lineal positiva significativa entre la IgA específica para HS-1 y la IgA Total

Por otro lado, la relación de cada medida inmunológica a lo largo del tiempo, es decir, entre T-1 y T-2, tanto en la muestra total como en cada grupo se muestra en la Tabla 27 y en el gráfico 23, respectivamente.

Los resultados obtenidos en la muestra total pusieron de manifiesto lo siguiente: la capacidad total media de neutralización del virus HS-1 en T-1 no se encontró relacionada significativamente con la capacidad total media de neutralización del virus en T-2 ($r=0,14$; n.s.). Así mismo, la cantidad total media de IgA HS-1 en T-1 tampoco se asoció significativamente a la cantidad total media en T-2 ($r=0,07$; n.s.). Por último, el nivel medio de IgA Total obtenido en T-1 no estuvo relacionado significativamente con el nivel medio de IgA Total obtenido en T-2 ($r=0,09$; n.s.).

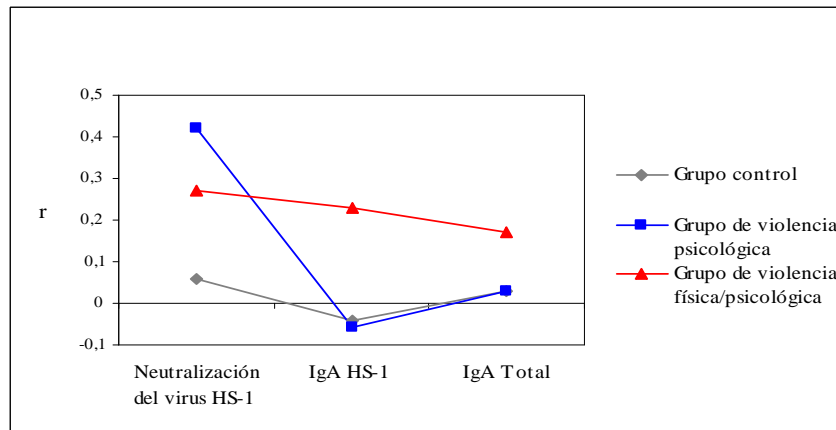
Tabla 27. Relación de las medidas inmunológicas a lo largo del tiempo (entre T-1 y T-2) (medias de la muestra total)

Medidas inmunológicas	Neutralización del virus HS-1 en T-2	IgA específica para HS-1 en T-2	IgA Total en T-2
Neutralización del virus HS-1 en T-1	r=0,14; n.s.		
IgA específica para HS-1 en T-1		r=0,07; n.s.	
IgA Total en T-1			r=0,09; n.s.

En cuanto a la relación de cada medida inmunológica a lo largo del tiempo en cada grupo, los resultados encontrados, mostrados en el gráfico 23, pusieron de manifiesto una ausencia de relación significativa de las medidas inmunológicas obtenidas en T-1 y las obtenidas en T-2 tanto en el grupo control

[Neutralización: $r=0,06$; n.s.; IgA específica: $r=-0,04$; n.s.; IgA Total: $r=0,03$; n.s.] como en los grupos de violencia psicológica [Neutralización: $r=0,42$; n.s.; IgA específica: $r=-0,06$; n.s.; IgA Total: $r=0,03$; n.s.] y física/psicológica [Neutralización: $r=0,27$; n.s.; IgA específica: $r=0,23$; n.s.; IgA Total: $r=0,17$; n.s.].

Gráfico 23. Relación de las medidas inmunológicas a lo largo del tiempo



Finalmente, el análisis de la relación entre las diferentes medidas inmunológicas en cuanto a la evolución experimentada a lo largo del tiempo, es decir, de T-1 a T-2, reveló los siguientes resultados (Tabla 28): existió una ausencia de relación entre la evolución de la capacidad de neutralización del virus HS-1 y la evolución de la cantidad media de IgA HS-1 ($r=0,09$; n.s.). De manera similar, la evolución de la capacidad media de neutralización del virus no se encontró relacionada significativamente con la evolución de la cantidad media de IgA Total ($r=-0,11$; n.s.). Sin embargo, la evolución de la cantidad media de IgA HS-1 se encontró positivamente relacionada con la evolución de la cantidad media de IgA Total ($r=0,26$; $p<0,05$).

Tabla 28. Relación entre las medidas inmunológicas en la evolución experimentada a lo largo del tiempo (de T-1 a T-2) (medias de la muestra total)

Medidas inmunológicas	Evolución Neutralización del virus HS-1	Evolución IgA específica para HS-1	Evolución IgA Total ^z
Evolución Neutralización del virus HS-1		$r=0,09$; n.s.	$r=-0,11$; n.s.
Evolución IgA específica para HS-1	$r=0,09$; n.s.		$r=0,26$; $p<0,05^*$
Evolución IgA Total ^z	$r=-0,11$; n.s.	$r=0,26$; $p<0,05^*$	

^z Puntuaciones tipificadas

* Relación lineal positiva significativa entre la evolución de la IgA específica para HS-1 y la evolución de la IgA Total a lo largo del tiempo

3.3.2.4. Factores predictores de la evolución en el funcionamiento del sistema inmune

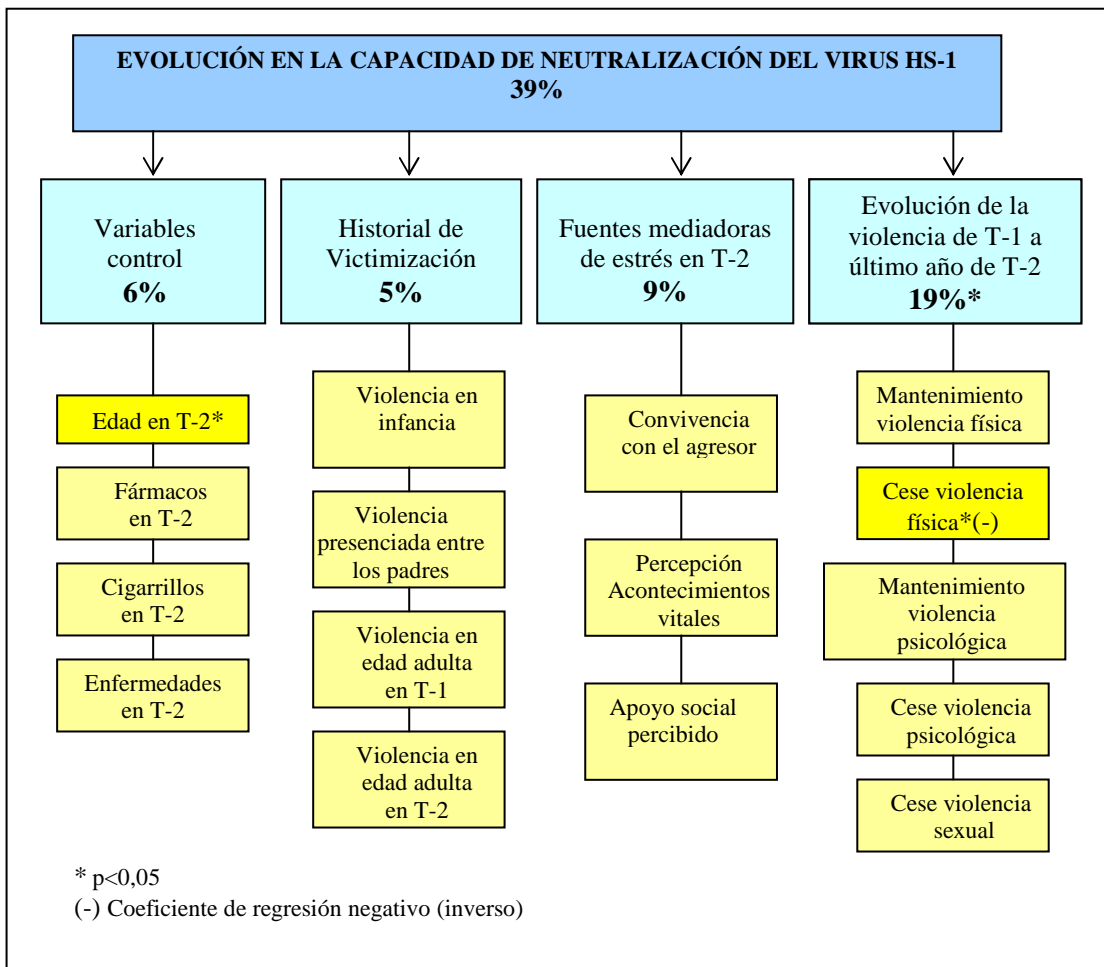
Tal y como se observa en la Tabla 29 (véase Figura 7), la edad fue un factor independiente de la evolución en la capacidad de neutralización del virus HS-1 de las mujeres ($\beta=0,34$ $p<0,05$), indicando que a mayor edad de la mujer, mayor disminución en la capacidad de neutralización del virus a lo largo del tiempo. Por otro lado, la evolución de la violencia de T-1 al último año de T-2 produjo un incremento de la varianza explicada del cambio en la capacidad de neutralización de T-1 a T-2 [$\Delta R^2=0,19$; $F(5,41)=2,49$; $p<0,05$], siendo el principal predictor el cese de la violencia física ($\beta=-0,5$; $p<0,05$). Es decir, a mayor cese de la violencia física, mayor aumento de la capacidad de neutralización del virus. En cuanto a la medida de IgA específica para el virus HS-1, ninguno de los pasos introducidos en el modelo produjeron un incremento significativo de la varianza explicada de la evolución en la cantidad de IgA específica a lo largo del tiempo, si bien el consumo de cigarrillos en T-2 tuvo un efecto independiente significativo sobre dicha varianza ($\beta=-0,39$; $p<0,05$), es decir, a mayor puntuación en el consumo de cigarrillos, mayor incremento en la cantidad de IgA específica para el virus HS-1. Finalmente, el análisis de regresión mostró una ausencia de efecto de los pasos introducidos sobre la evolución en la cantidad de IgA Total a lo largo del tiempo.

Tabla 29. Análisis de regresión de los factores contribuyentes a la evolución en el funcionamiento del sistema inmune en las mujeres control, mujeres víctimas de violencia psicológica y mujeres víctimas de violencia física/psicológica.

Paso y predictores	Neutralización del virus HS-1					IgA HS-1					IgA Total				
	R ² Total	Cambio R ²	Cambio F	β	t	R ² Total	Cambio R ²	Cambio F	β	t	R ² Total	Cambio R ²	Cambio F	β	t
Paso 1															
VARIABLES CONTROL (T-2)	0,063	0,063	0,88			0,14	0,14	2,12			0,12	0,12	1,86		
Edad				0,34	2,26*				-0,26	-1,58				-0,15	-1,01
Consumo de fármacos durante las muestras				-0,05	-0,32				-0,08	-0,48				-0,07	-0,46
Consumo de cigarrillos				0,13	0,88				-0,39	-2,47*				0,2	1,39
Cantidad de enfermedades padecidas				0,01	0,05				-0,16	-0,96				-0,23	-1,49
Paso 2															
Historial de victimización	0,11	0,05	0,61			0,17	0,03	0,5			0,17	0,05	0,76		
Violencia en la infancia				0,16	1,13				0,11	0,72				-0,02	-0,13
Violencia presenciada entre los padres				0,05	0,31				-0,06	-0,36				0,24	1,55
Violencia en la edad adulta por otras personas en T-1				-0,2	-1,45				0,02	0,14				0,04	0,3
Violencia en la edad adulta por otras personas en T-2				0,21	1,31				-0,03	-0,14				0,26	1,57
Paso 3															
Fuentes mediadoras de estrés en T-2	0,2	0,1	1,83			0,2	0,03	0,6			0,33	0,15	3,5		
Convivencia con el agresor al tiempo de las entrevistas				-0,19	-0,88				-0,01	-0,02				-0,04	-0,21
Percepción de acontecimientos vitales (positiva vs. negativa)				0,24	1,41				-0,08	-0,45				0,11	0,5
Apoyo social percibido				0,06	0,34				-0,01	-0,05				-0,24	-1,4
Paso 4															
Evolución de la violencia de T-1 a último año de T-2	0,39	0,19	2,49*			0,26	0,05	0,59			0,37	0,05	0,6		
Mantenimiento de la violencia física				-0,25	-1,36				-0,11	-0,53				-0,17	-0,93
Cese de la violencia física				-0,5	-2,61*				-0,28	-1,33				0,07	0,34
Mantenimiento de la violencia psicológica				-0,01	-0,04				0,11	0,49				0,05	0,25
Cese de la violencia psicológica				-0,22	-0,99				-0,13	-0,52				-0,17	-0,75
Cese de la violencia sexual				-0,17	-1,02				0,08	0,41				-0,13	-0,78

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

Figura 7. Modelo de regresión de la evolución en la capacidad de neutralización del virus HS-1



III. Discusión

1. Participación de las mujeres en el estudio longitudinal

En el presente estudio ha habido una participación del 50% de mujeres respecto a la muestra inicial de T-1 (el 19,2% de los casos pertenecientes al grupo control y el 30,8% restante a los grupos de violencia psicológica y física/psicológica). Del 50% de mujeres que no ha participado (n=91), la mayoría eran víctimas de violencia de pareja (el 40,7%; n=74). Esta disminución en la participación de las mujeres víctimas de violencia se ha debido a una serie de limitaciones metodológicas. Por un lado, mientras el contacto en T-1 se llevó a cabo a través de la colaboración de los Centros Mujer 24 Horas de Alicante, Castellón y Valencia, siendo el personal de los Centros (psicólogas y trabajadoras sociales) quienes primero informaban a las mujeres sobre la investigación, en T-2 dicho contacto fue efectuado telefónicamente por una psicóloga del equipo de investigación a partir del directorio creado en T-1. Ello ha supuesto uno de los motivos principales de la pérdida experimental debido al cambio de número de teléfono de las mujeres (24,7%; n=45). Por esta razón se contactó de nuevo con los Centros Mujer 24 Horas para solicitar otro número de teléfono de las mujeres, siendo rechazada dicha solicitud debido a la implantación de la Ley de Protección de Datos de Carácter Personal. De esta manera, la no pertenencia de los miembros del equipo de investigación a la Administración supuso una limitación a la hora de contactar de nuevo con las mujeres. Si bien se disponía de la dirección postal de algunas de ellas, esta vía no se utilizó por razones éticas y de seguridad.

Por otro lado, otro de los motivos que contribuyó a la mortandad experimental fue el rechazo de las mujeres a participar de nuevo en el estudio (11,5%; n=21). Se considera que este rechazo pudo ser debido a la desaparición a lo largo del tiempo de la “situación de crisis” en la que se encontraban las mujeres en T-1, situación que pudo motivar el contacto con el Centro Mujer 24 Horas en busca de asesoramiento y asistencia, y con ello, su participación en el primer estudio. Otro de los motivos de la pérdida experimental fue la no asistencia por parte de la mujer a la primera cita (1,1%; n=2). Finalmente, el

3,3% restante (n=6) se corresponde con mujeres que, habiendo iniciado su participación en el estudio, abandonaron el mismo por diferentes razones.

En relación al grupo control, en ambos estudios el contacto con las mujeres fue efectuado directamente por una psicóloga del equipo de investigación: en T-1 personándose en las asociaciones de mujeres y en T-2 telefónicamente. La mortandad experimental hallada en el presente estudio (el 9,3%; n=17) fue debida a los siguientes motivos: el 2,2% (n=4) fue imposible de localizar al cambiar de número de teléfono, el 0,55% (n=1) murió en accidente de tráfico, el 0,55% (n=1) no acudió a la primera cita, el 4,4% (n=8) rechazó participar de nuevo en el estudio y el 1,65% restante (n=3) abandonó el estudio sin haber finalizado su participación.

Debido a la mortandad experimental del 50% se llevaron a cabo análisis estadísticos para comprobar la representatividad de la muestra participante en el estudio longitudinal. En primer lugar, el análisis efectuado para comprobar si existió asociación entre pertenecer al grupo control, al grupo de violencia psicológica o al grupo de violencia física/psicológica y participar de nuevo en T-2 (χ^2), reveló que mientras la participación de las mujeres del grupo control fue mayor a la esperada por azar, la participación de las mujeres víctimas de violencia de pareja fue similar a la esperada. Por otra parte, tanto las mujeres víctimas de violencia como las mujeres control que participaron en T-2 presentaron características similares a las mujeres que no participaron en T-1 (línea base), tales como características sociodemográficas, tipo de violencia de pareja sufrida, estado de salud física y funcionamiento del sistema inmune. Por lo tanto, la muestra de mujeres participantes en T-2 fue estadísticamente representativa de la muestra original en T-1.

El porcentaje de participación obtenido en el presente estudio es inferior al de otros estudios longitudinales llevados a cabo con víctimas de violencia de pareja, en los que se observa una elevada participación de mujeres situada entre el 80% y el 99% (Gerber y cols., 2008; Schei y cols., 2006; Koepsell y cols., 2006; Linton, 2002; Sutherland y cols., 1998; McFarlane y cols., 2004; El-Bassel y cols., 2005). Como motivos favorecedores de dicha participación se han

encontrado la retribución económica (Campbell y cols., 1995; Sutherland y cols., 1998; Staggs y cols., 2007; El-Bassel y cols., 2005), el asesoramiento y la asistencia gratuita (Campbell y cols., 1995; Linton, 2002; Bybee y Sullivan, 2002; 2005) y la creación de un amplio directorio de domicilios y teléfonos de personas de contacto cercanas a la mujer (Perez y Johnson, 2008; McFarlane y cols., 2004), aspectos a tener en cuenta en sucesivos estudios longitudinales.

2. Características de las mujeres participantes

En general, las características sociodemográficas de las mujeres que participaron en el estudio longitudinal no variaron desde T-1. Las mujeres víctimas de violencia, psicológica y física/psicológica, tenían una edad media de 47 años, siendo el nivel de educación más frecuente el graduado escolar (52,2% y 42,4%, respectivamente). Destaca que el 65,2% de las mujeres víctimas de violencia psicológica y el 72,7% de las víctimas de violencia física/psicológica se había separado o divorciado del agresor, habiendo cesado la convivencia con él durante el periodo de seguimiento. Si bien, el 30% de las mujeres víctimas de violencia psicológica y el 55% de las víctimas de violencia física/psicológica ya había cesado su convivencia con el agresor en T-1. Estos resultados coinciden con otros estudios, tanto transversales como longitudinales, en los que se ha puesto de manifiesto una mayor incidencia de separación y divorcio en mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja que en mujeres que no lo han sido (Schei y cols., 2006; Bergman y Brismar, 1991; Coker y cols., 2000a; Ruiz-Pérez y cols., 2006c). Así mismo, el presente estudio subraya, por un lado, la posibilidad de poner fin a una relación de pareja en la que existe violencia, coincidiendo con estudios longitudinales previos (Zlotnick y cols., 2006; Koepsell y cols., 2006) y, por otro lado, subraya la posibilidad de que esta ruptura con la pareja violenta se mantenga a lo largo del tiempo, hallazgo que coincide con otros estudios (Gortner y cols., 1997; Bybee y Sullivan, 2002). Por otra parte, tanto en las mujeres víctimas de violencia psicológica como en las de violencia física/psicológica el tipo de familia más frecuente fue la monoparental

(48% y 36%, respectivamente). Además, la mayoría de ellas tenía un empleo remunerado (el 65% de las mujeres víctimas de violencia psicológica y el 61% de las de violencia física/psicológica), siendo independientes económicamente del agresor (61% y 73%, respectivamente).

En cuanto a las mujeres del grupo control, éstas tenían una edad media de 48 años, siendo el nivel de educación más frecuente el graduado escolar (40%). El estado civil mayoritario fue el de casada (85,7%) y el tipo de familia más frecuente la familia nuclear (71,4%). En cuanto a la ocupación, la más frecuente fue la de ama de casa (54,3%), siendo la mayoría de las mujeres (65,7%) dependientes económicamente de su pareja.

3. Evolución de la violencia de pareja

Tanto en T-1 como en T-2 se les preguntó a las mujeres si habían estado expuestas a violencia física, psicológica y/o sexual por la pareja, lo que permitió establecer cambios en la incidencia de los tres tipos de violencia a lo largo del tiempo. De tal manera que en el presente estudio hemos podido comprobar que las mujeres del grupo control, caracterizadas por no estar expuestas a violencia de pareja en T-1, tampoco lo estuvieron en T-2, por lo que todas ellas siguieron formando parte del grupo control. Estos resultados difieren de los obtenidos en otros estudios longitudinales en los que se ha encontrado una incidencia de violencia en mujeres en cuya relación de pareja nunca antes había existido (Campbell y cols, 1994; Coker y cols., 2007). Por otro lado, tanto en las mujeres que estuvieron expuestas a violencia psicológica en T-1 como en las que estuvieron expuestas a violencia física/psicológica se ha producido una importante evolución de la violencia, desde un cese total hasta una reducción de la misma. Estos resultados coinciden con estudios longitudinales previos en los que se ha puesto de manifiesto una evolución de la violencia a lo largo del tiempo (Campbell y cols., 1994; Kernic y cols., 2003; Bybee y Sullivan, 2002; 2005; Coker y cols., 2007; McFarlane y cols., 2004). Además, en el presente estudio se ha comprobado que la evolución de la violencia es continua, tal y

como revelan los cambios observados entre los dos primeros años y el último del periodo de seguimiento. Este hallazgo coincide con el hallado por Bybee y Sullivan en su estudio realizado con mujeres víctimas de violencia durante un periodo de tres años, en el que se observó una evolución de la violencia física de forma continuada a lo largo de las diferentes medidas del estudio (Bybee y Sullivan, 2005).

El principal hallazgo del presente estudio radica en que es posible el cese de la violencia, tal y como lo demuestra que el 35,7% de las mujeres ha dejado de sufrir cualquier forma de violencia durante el último año del periodo de seguimiento. En otros términos, una de cada tres mujeres ha dejado de ser víctima de violencia de pareja a lo largo del tiempo. Este cese de la violencia ha sido previamente observado en otros estudios longitudinales (Coker y cols., 2007; Campbell y cols., 1994; 1995). Es importante destacar que el cese de la violencia es posible incluso cuando ésta ha ocurrido durante un largo periodo de tiempo, característica presente en las mujeres participantes.

En el 36,7% de las mujeres expuestas a violencia física/psicológica en T-1 se ha producido un cese total de la violencia, una reducción a violencia psicológica en el 51,5% y un mantenimiento en el 9,1% restante. Sin embargo, en el 65,2% de las mujeres expuestas a violencia psicológica se ha observado una continuación de la violencia, cesando en el 34,8% de los casos. Con respecto a la concomitancia de la violencia sexual, si bien ha cesado en el 100% de las mujeres que estuvieron expuestas a violencia física/psicológica en T-1, se ha mantenido en el 50% de las que estuvieron expuestas a violencia psicológica. En suma, el presente estudio ha puesto de manifiesto una mayor evolución de la violencia en las mujeres expuestas a violencia física/psicológica que en las mujeres expuestas sólo a violencia psicológica.

Es importante destacar que en el 90,9% de las mujeres que habían sufrido violencia física/psicológica se ha producido un cese de la violencia física. Sin embargo, este cese no implica el cese de la violencia psicológica ya que, como se comentó anteriormente, el 51,5% de las mujeres continuaron siendo víctimas de violencia psicológica. Este hallazgo también ha sido puesto de manifiesto en un

estudio longitudinal anterior en el que se encontró una evolución de la violencia similar en el 39% de las mujeres (Kernic y cols., 2003).

Otro importante hallazgo del presente estudio es que no se ha producido ningún caso de revictimización tras el cese de la violencia a lo largo del periodo de seguimiento. Este hallazgo discrepa del encontrado por Bybee y Sullivan (2005), quienes observaron revictimización en mujeres en las que la violencia física había cesado. Por otro lado, en ningún caso se ha producido un aumento de la violencia, como lo demuestra que ninguna de las mujeres víctimas de violencia psicológica en T-1 ha sufrido violencia física durante el periodo de seguimiento y que ninguna de las mujeres del grupo de violencia física/psicológica en las que la violencia se había reducido a psicológica ha vuelto a experimentar violencia física. A diferencia de estos resultados, Bybee y Sullivan (2005) encontraron un aumento en la violencia física experimentada por las mujeres durante el periodo de seguimiento, si bien, mientras en el presente estudio se ha evaluado la incidencia de la violencia física, psicológica y sexual, en el estudio de Bybee y Sullivan únicamente se evaluó la violencia física.

En resumen, los resultados obtenidos en el presente estudio señalan que es más probable que se produzca el cese de la violencia física que el de la violencia psicológica, coincidiendo con un estudio longitudinal anterior llevado a cabo por Kernic y cols. (2003).

4. Evolución del estado de salud física de las mujeres

Uno de los principales objetivos del presente estudio fue determinar la evolución del estado de salud física a lo largo de un periodo de tres años en mujeres que habían sido víctimas de violencia de pareja física/psicológica o sólo de violencia psicológica. Además, se contó con la participación de un grupo de mujeres que nunca había sido víctima de violencia por su pareja (grupo control). Para ello, se preguntó a las mujeres sobre su estado de salud física tanto en T-1 como en T-2, tratándose, por lo tanto, de un estudio en el que la salud fue autoinformada. Los diferentes indicadores de salud física evaluados fueron la

incidencia de síntomas físicos, la incidencia de enfermedades físicas y la utilización de los servicios de salud. A continuación se comentan los principales resultados encontrados en cada indicador de salud física.

a) Evolución en la incidencia de síntomas físicos

El principal hallazgo obtenido en el presente estudio ha sido la reducción en la incidencia de síntomas físicos experimentada por las mujeres víctimas de violencia de pareja a lo largo del tiempo. Como se ha indicado anteriormente en el apartado de resultados, mientras que en las mujeres del grupo control no existieron cambios significativos en la cantidad total de síntomas físicos padecidos, en las mujeres víctimas de violencia psicológica y de violencia física/psicológica se produjo una disminución significativa. No obstante, esta disminución fue mayor en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica que en las mujeres víctimas de violencia psicológica. Así mismo, estas diferencias en la evolución de la incidencia de síntomas también se observaron cuando los síntomas fueron agrupados por sistemas corporales, así como cuando se estudió la incidencia de cada uno de los síntomas físicos por separado. De esta manera, estos resultados indican que es posible una recuperación de la salud física deteriorada en las mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja, tanto psicológica como física/psicológica.

Sin embargo, la recuperación de la salud física, evaluada a través de la incidencia de síntomas, no es total, ya que las mujeres víctimas de violencia, tanto psicológica como física/psicológica, continuaron presentando una mayor incidencia de síntomas que las mujeres del grupo control. Este último resultado coincide con el observado en un estudio longitudinal reciente (Gerber y cols., 2008), en el que la incidencia de síntomas físicos en las mujeres víctimas de violencia de pareja siguió siendo mayor durante el periodo de seguimiento que en las mujeres control, si bien en dicho estudio no se distinguió el tipo de violencia experimentada. Así mismo, la recuperación parcial observada en el presente estudio pone de manifiesto que la violencia de pareja tiene un impacto perjudicial

y perdurable sobre la salud física, aspecto ya subrayado por estudios longitudinales previos (Schei y cols., 2006; Sutherland y cols., 1998).

Para determinar los factores predictores de la recuperación de la salud física de las mujeres se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple, el cual ha permitido establecer qué factores personales y sociales han favorecido dicha recuperación. En relación a ello, es de destacar que un mayor deterioro en la salud física no ha supuesto un obstáculo para su recuperación, ya que una mayor cantidad de síntomas padecidos en T-1 ha sido un factor predictor de una mayor recuperación. Otro de los factores que ha contribuido a la recuperación ha sido el cese de la violencia física. Ello explica la mayor reducción en la incidencia de síntomas observada en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica, ya que como se comentó anteriormente, la violencia física cesó en el 90,9% de los casos. Este resultado coincide con estudios longitudinales previos en los que el cese de la violencia física resultó ser un factor favorecedor de la recuperación de la salud mental de las mujeres en las que se observó una disminución de la sintomatología depresiva a lo largo del tiempo (Campbell y cols., 1995; Kernic y cols., 2003). Finalmente, un mayor grado de apoyo social percibido ha sido un factor favorecedor de la recuperación de la salud física. Si bien no existen estudios sobre salud física con los que poder comparar este resultado, cabe destacar su concordancia con los realizados sobre salud mental, en los que se ha puesto de manifiesto que el apoyo social predice la mejoría de la depresión y aumenta la calidad de vida de las mujeres (Bybee y Sullivan, 2002; 2005; Campbell y cols., 1995). Además, se ha visto que un mayor apoyo social contribuye a que la mujer tome la decisión de abandonar la relación violenta (Zlotnick y cols., 2006) y a que el riesgo de revictimización disminuya (Pérez y Johnson, 2008), factores previamente relacionados con la recuperación de la salud de las mujeres (Campbell y cols., 1995; Kernic y cols., 2003).

Por otra parte, el análisis de regresión también ha permitido establecer qué factores perjudican la recuperación de la salud física. Uno de estos factores ha sido el mantenimiento de la violencia psicológica. Este hallazgo es importante ya que, como se comentó previamente, en el 51,5% de las mujeres víctimas de

violencia física/psicológica en las que la violencia física cesó se produjo una continuación de la violencia psicológica. Por otro lado, el 65,2% de las mujeres víctimas de violencia psicológica continuó sufriendo este tipo de violencia. Si bien estudios previos han subrayado que el mantenimiento de la violencia es el factor que más contribuye al empeoramiento de la salud física, la no distinción entre la violencia física, psicológica o sexual dificulta la comparación con el presente estudio (Gerber y cols., 2008; Sutherland y cols., 1998).

Otro de los factores que ha perjudicado la recuperación de la salud física ha sido el haber experimentado durante el periodo de seguimiento violencia en la edad adulta perpetrada por personas diferentes a la pareja, aspecto que supone una importante fuente de estrés psicosocial para las mujeres. Así mismo, como era de esperar, la convivencia con el agresor también ha resultado ser un factor perjudicial para la recuperación, resultado que coincide con el observado en relación a la salud mental por Campbell y cols. (1995). Por otro lado, el hecho de que un mayor consumo de psicofármacos durante el periodo de seguimiento haya resultado ser un factor predictor de una menor recuperación de la salud guarda relación con el mayor consumo observado en mujeres víctimas de violencia tanto en estudios transversales (Pico-Alfonso, 2005; Matud-Aznar, 2004) como longitudinales (Schei y cols., 2006). Finalmente, tener una mayor percepción negativa de los acontecimientos vitales ocurridos durante el periodo de seguimiento ha perjudicado la recuperación de la salud física. Este resultado no puede ser comparado con estudios longitudinales previos en relación a la violencia de pareja ya que no existen.

Es importante destacar que, si bien estudios previos han puesto de manifiesto que la exposición a violencia durante la infancia tiene un gran impacto en la salud física de las mujeres en la edad adulta (Leserman y cols., 1996; Chartier y cols., 2007; Farley y Patsalides, 2001; McCauley y cols., 1997), en el presente estudio dicha exposición no ha resultado ser un factor predictor de la evolución en la salud física, hallazgo también observado por Gerber y cols. (2008). Se considera que posiblemente el impacto de la violencia durante la infancia sobre la salud física en la edad adulta ha sido enmascarado por el

deterioro producido por la violencia perpetrada por la pareja y por otras personas diferentes a la misma durante el periodo de seguimiento.

En resumen, los resultados obtenidos en el presente estudio confirman las hipótesis planteadas al inicio de la investigación, habiéndose encontrado que el cese de la violencia física y un mayor grado de apoyo social percibido favorecen la recuperación de la salud física de las mujeres, mientras que el mantenimiento de la violencia psicológica, así como la convivencia con el agresor y una percepción negativa de los acontecimientos vitales perjudican dicha recuperación. Finalmente, es importante destacar que un mayor deterioro en la salud física no ha sido un obstáculo para la recuperación de la misma.

b) Enfermedades físicas

Otro de los indicadores de salud física evaluados ha sido la incidencia de enfermedades físicas, tanto agudas como crónicas. Los resultados obtenidos en este estudio han puesto de manifiesto que la cantidad de enfermedades agudas padecidas por las mujeres víctimas de violencia física/psicológica puede disminuir a lo largo del tiempo. En concreto, se ha observado una disminución en la incidencia de infección genital y una tendencia a la disminución en la incidencia de infección de orina, enfermedades frecuentemente asociadas con la experiencia de violencia sexual (Eby y cols., 1995; Campbell y Soeken, 1999a; revisado por Plichta, 2004) que, como ya se mencionó previamente, cesó en el 100% de las mujeres de este grupo. La comparación de estos resultados con estudios previos longitudinales no es posible dada su inexistencia. Por otra parte, no se han observado cambios en la incidencia de enfermedades crónicas durante el periodo de seguimiento.

c) Utilización de los servicios de salud

Finalmente, el estado de salud física se evaluó a través de la información obtenida sobre la utilización de diferentes servicios de salud. El principal

hallazgo de este estudio ha sido el cese en la utilización de servicios de urgencia por motivos de violencia por parte de las mujeres víctimas de violencia física/psicológica, lo que se considera relacionado con el cese de la violencia física que ha tenido lugar en el 90,9% de las mujeres de este grupo. Este hallazgo coincide con el obtenido por Rivara y cols. (2007) quienes observaron una disminución en la utilización de los servicios de salud, entre ellos los de urgencias, a lo largo del tiempo en mujeres en las que la violencia de pareja había cesado, si bien en este estudio no se diferenció entre violencia física/psicológica y sólo psicológica.

5. Evolución del funcionamiento del sistema inmune de las mujeres

En el presente estudio se determinó la evolución del funcionamiento del sistema inmune tanto en las mujeres víctimas de violencia de pareja como en las mujeres control. Para ello se analizaron los cambios ocurridos en la capacidad de neutralización del virus herpes simple tipo 1 (HS-1), así como en la cantidad de inmunoglobulina A específica para el virus (IgA HS-1) y de inmunoglobulina total (IgA total). La determinación de estas pruebas inmunológicas se llevó a cabo a través de muestras de saliva. En relación a este método, diferentes estudios han puesto de manifiesto su fiabilidad para medir diversos marcadores biológicos, entre ellos las inmunoglobulinas (Brandtzaeg, 2007; Tabak, 2001). Además, este método ofrece algunas ventajas frente a los análisis de sangre, entre ellas que es inofensivo, de fácil obtención al no necesitar ayuda especializada y, por ello, de bajo coste, siendo un método alternativo de primera elección para efectuar el diagnóstico de diversas enfermedades (Tabak, 2001; Lawrence, 2002).

En relación a la capacidad antiviral medida a través de la neutralización del virus HS-1, el presente estudio es el único que se ha llevado a cabo hasta la actualidad para determinar el funcionamiento del sistema inmune y, por lo tanto, su evolución, en mujeres víctimas de violencia de pareja, habiéndose encontrado

un aumento significativo a lo largo del tiempo en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica. Así mismo, el porcentaje de las mujeres de este grupo cuya saliva mostró actividad antiviral aumentó significativamente, pasando del 27,3% en T-1 al 90,9% en T-2. De esta manera, ha tenido lugar una recuperación de dicha capacidad en este grupo, desapareciendo las diferencias que existieron en T-1 tanto con el grupo de mujeres víctimas de violencia psicológica como con el grupo control. Por el contrario, no se observaron cambios en la capacidad de neutralización del virus en las mujeres víctimas de violencia psicológica, si bien este grupo no difirió del grupo control en T-1.

El análisis de regresión llevado a cabo para determinar los factores predictores de la recuperación de la capacidad de neutralización del virus HS-1 reveló el cese de la violencia física como el único factor que contribuyó a dicha recuperación, incluso después de controlar el efecto de la edad. Este resultado está estrechamente relacionado con la evolución de la violencia observada en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica a lo largo del tiempo. Como se comentó con anterioridad, el 90,9% de las mujeres que habían estado expuestas a violencia física en T-1 consiguió el cese de la misma durante el último año del periodo de seguimiento, previo a la obtención de las muestras de saliva. Este hallazgo es de gran relevancia ya que indica que, a pesar de que las mujeres expuestas a violencia física/psicológica presentaron un deterioro en la capacidad del sistema inmune para neutralizar el virus HS-1, dicha capacidad se ha recuperado de manera total tras el cese de la violencia física. Estos resultados no pueden ser comparados con estudios previos realizados en mujeres víctimas de violencia de pareja debido a su inexistencia. Así mismo, tampoco se han encontrado estudios que determinen la capacidad de neutralización del virus HS-1 en la saliva en personas expuestas a otro tipo de estresores psicosociales. Sin embargo, existen estudios en sangre que han subrayado el papel central de la respuesta inmune celular en dicha neutralización (Glaser y Kiecolt-Glaser, 1997), habiéndose comprobado que el estrés psicosocial disminuye la capacidad de dicha respuesta, favoreciendo, por lo tanto, la recurrencia del virus (Schmidt y cols., 1991). De esta manera, el aumento observado en el presente estudio en la

capacidad de neutralización del virus HS-1 en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica ha podido deberse a una mejora de la respuesta inmune celular producida tras el cese de la violencia física, si bien dicha hipótesis no se puede afirmar rotundamente debido a que no se han medido parámetros de inmunidad celular.

Por otro lado, en relación a la cantidad de IgA HS-1 en saliva medida en el presente estudio, se ha encontrado un aumento significativo a lo largo del tiempo en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica. Este aumento ha dado lugar a que las diferencias existentes en T-1 entre este grupo y el grupo de mujeres expuestas a violencia psicológica hayan desaparecido durante el periodo de seguimiento, no habiendo existido diferencias en ningún momento con el grupo control. De nuevo, estos resultados no pueden ser comparados con estudios longitudinales previos realizados con muestras de saliva debido a su inexistencia. Si bien, la ausencia de diferencias en la cantidad de IgA HS-1 entre las mujeres víctimas de violencia y las mujeres control durante el periodo de seguimiento discrepa del resultado obtenido en un estudio transversal reciente, en el que se han encontrado niveles elevados de IgA HS-1 en la saliva de adolescentes que sufrieron experiencias de victimización en su infancia en comparación con la del grupo control (Shirtcliff y cols., 2009).

Por otra parte, en el presente estudio no se ha producido ningún cambio en la cantidad de IgA HS-1 en las mujeres víctimas de violencia psicológica, manteniéndose los niveles de T-1. Este diferente patrón de evolución en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica y en las de violencia psicológica guarda relación con estudios previos en los que se ha indicado que diferentes situaciones de estrés psicosocial producen una respuesta fisiológica distinta ante un mismo virus herpes (Padgett y cols. 1998; Glaser y cols., 1999).

El análisis de regresión ha permitido establecer que el único factor que ha mostrado una contribución significativa al aumento en los niveles de IgA HS-1 ha sido el consumo de cigarrillos durante el periodo de seguimiento. Por el contrario, el cese de la violencia no ha resultado ser un factor contribuyente a dicho aumento. Este resultado resulta sorprendente ya que tanto el incremento en

la cantidad de IgA HS-1 como de la capacidad de neutralización del virus se ha producido en el grupo de violencia física/psicológica, contribuyendo el cese de la violencia física únicamente al aumento de ésta última. Además, este hallazgo contrasta con el obtenido en un estudio anterior llevado a cabo con una muestra más amplia de mujeres víctimas de violencia de pareja, en el que la violencia física fue un factor predictor de la cantidad de IgA HS-1, de manera que niveles elevados de dicha violencia predijeron un menor nivel de IgA HS-1 (García-Linares y cols., 2004; García-Linares, 2005). Se considera que la ausencia de capacidad predictiva del cese de la violencia física hallada en el presente estudio ha podido deberse a la reducción de la muestra de mujeres víctimas de violencia que ha participado.

Por otro lado, en el presente estudio el aumento en la cantidad de IgA HS-1 no se ha correlacionado con el aumento en la capacidad de neutralización del virus. Se sabe que en la neutralización del virus HS-1 intervienen otros factores antivirales que se hallan en la saliva, tales como el interferón gamma (IFN- γ) (Cantín y cols., 1999; Liu y cols., 2001) o las cistatinas (Gu y cols., 1995), por lo que el aumento en la capacidad de neutralización observado ha podido estar mediado, más que por el aumento en la cantidad de IgA HS-1, por el aumento en otros factores antivirales. Por otra parte, en el presente estudio ha existido una correlación positiva entre el aumento en la cantidad de IgA HS-1 y el aumento en la cantidad de IgA total, resultado similar al encontrado en el estudio transversal llevado a cabo por Shirtcliff y cols. (2009) en adolescentes que habían vivido experiencias adversas en la infancia, en el que ambas cantidades de IgA correlacionaron positivamente.

Finalmente, en relación a la cantidad de IgA total contenida en la saliva de las mujeres, en el presente estudio no se ha encontrado ningún cambio a lo largo del tiempo, resultado que coincide con el indicado en un estudio longitudinal anterior llevado a cabo con estudiantes expuestos a un periodo de estrés académico en el que se encontró una ausencia de cambio en la cantidad de IgA total en la saliva durante dicho periodo (Kiecolt-Glaser y cols., 1984). Por otra parte, en el presente estudio nunca han existido diferencias entre los grupos en

los niveles de IgA total, hallazgo que difiere de un estudio transversal anterior en el que se encontró un nivel inferior de IgA total en la saliva de las mujeres víctimas de violencia de pareja en comparación con las mujeres control (Woods, 2005).

En resumen, el hallazgo más importante del presente estudio ha sido la recuperación total de la capacidad de neutralización del virus HS-1 en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica, siendo el factor contribuyente más importante el cese de la violencia física. No es de extrañar que la mejoría en estas mujeres haya estado relacionada con el cese de la violencia física, ya que fue la exposición a este tipo de violencia la que produjo un mayor deterioro en el sistema inmune de las mujeres en T-1. Por otra parte, la continuación de la violencia psicológica durante el periodo de seguimiento no ha impedido la recuperación de la capacidad de neutralización.

6. Comparación de la recuperación en la salud física y en el funcionamiento del sistema inmune y factores predictores

En el presente estudio, si bien las dos variables de salud medidas, salud física y sistema inmune, han experimentado una recuperación a lo largo del tiempo, tanto el patrón de recuperación como los factores predictores de la misma han sido diferentes. En relación al patrón de recuperación, mientras la capacidad de neutralización del virus HS-1, altamente deteriorada en las mujeres que habían estado expuestas a violencia física/psicológica, se ha recuperado totalmente, la recuperación de la salud física ha sido parcial, ya que la incidencia de síntomas físicos tanto en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica como en las de sólo violencia psicológica ha seguido siendo mayor que en las mujeres del grupo control. Un patrón de recuperación desigual ha sido encontrado en un estudio longitudinal anterior llevado a cabo con estudiantes expuestos a estrés académico en el que, dos semanas después de la finalización del estresor, se produjo una recuperación de la salud general percibida mientras que no ocurrió lo mismo con los niveles reducidos de IgA total en la saliva,

indicando un efecto diferencial del estrés psicosocial en dichas variables de salud (Deinzer y cols., 2000). Por otro lado, respecto a los factores predictores de la recuperación, un factor que explica las diferencias entre las dos medidas de salud lo constituye el mantenimiento de la violencia psicológica. Mientras dicho mantenimiento ha impedido la recuperación total de la salud física, no lo ha hecho en relación al sistema inmune. Es importante destacar que el cese de la violencia física ha contribuido tanto a la recuperación de la salud física como a la del funcionamiento del sistema inmune a través de la mejoría en la capacidad de neutralización del virus HS-1.

7. Limitaciones del estudio

Este estudio presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, la muestra original de mujeres víctimas de violencia de pareja fue obtenida a través de los Centros Mujer 24 Horas a los que acudieron a solicitar información y ayuda, constituyendo un sesgo al limitar la generalización de los resultados a la población general. En segundo lugar, otra de las limitaciones del estudio reside en la valoración subjetiva del estado de salud física de las mujeres a través de autoinformes, limitación compartida por la mayoría de estudios transversales sobre violencia de pareja (revisado por Plichta, 2004), por lo que en futuros estudios sería conveniente obtener la información mediante un método más objetivo como son los registros médicos de las mujeres (Rivara y cols., 2007; Bergman y Brismar, 1991). En tercer lugar, otra de las limitaciones encontradas en el presente estudio ha consistido en la metodología seguida para la obtención de las muestras de saliva, la cual ha sido llevada a cabo por las mujeres en su domicilio particular sin la supervisión del personal del equipo investigador. Si bien en el presente estudio no han existido diferencias en el volumen y la velocidad de secreción de la saliva que pudieran influir en los resultados encontrados en las medidas inmunológicas, en futuros estudios convendría supervisar directamente el procedimiento con el fin de garantizar la objetividad y

homogeneidad en la recolección de las muestras, tal y como se ha realizado en estudios previos (Sarid y cols., 2001).

Por otro lado, si bien en el presente estudio se ha demostrado una recuperación en el funcionamiento del sistema inmune a través de la neutralización del virus HS-1, sería conveniente generalizar dicho funcionamiento a otros virus herpes, como por ejemplo el virus Epstein-Barr ya que, como se ha puesto de manifiesto en estudios previos, un mismo estresor psicosocial puede producir una respuesta inmune diferente ante distintos tipos de virus (Glaser y cols., 1999). Además, sería interesante analizar parámetros inmunológicos de la respuesta inmune celular ante el virus HS-1 o cualquier otro virus, como por ejemplo la capacidad funcional de los linfocitos T, y no sólo de la respuesta humoral (Kiecolt-Glaser y cols., 1985). Por otra parte, sería interesante realizar estudios en personas que presentan la manifestación clínica del virus para obtener una información más completa sobre el estado del funcionamiento del sistema inmune (Schmidt y cols., 1991).

8. Utilidad y necesidad de los estudios longitudinales

El presente estudio enfatiza el gran valor que los estudios longitudinales tienen para determinar la evolución a lo largo del tiempo del estado de salud, altamente deteriorado, en las mujeres que han estado expuestas a violencia de pareja. Además, este estudio aporta luz sobre qué factores personales y sociales de la vida de la mujer favorecen la recuperación de la salud y cuáles, por el contrario, la perjudican. De tal manera que los estudios longitudinales son clave para poner en marcha programas de intervención con las mujeres víctimas de violencia de pareja que resulten eficaces para que puedan conseguir una vida libre de violencia, disfrutar de una salud plena y tener una buena calidad de vida. Además, estos estudios deben ser llevados a cabo periódicamente para comprobar la eficacia de los programas de intervención desarrollados (Hathaway y cols., 2008).

IV. Conclusiones

1. La violencia de pareja a la que están expuestas las mujeres puede cesar a lo largo del tiempo, siendo más probable el cese de la violencia física que el de la violencia psicológica.
2. El cese de la convivencia con la pareja violenta favorece la recuperación de la salud física de las mujeres.
3. El estado de salud física deteriorado en las mujeres víctimas de violencia de pareja puede mejorar a lo largo del tiempo.
4. El cese de la violencia física favorece la recuperación de la salud física de las mujeres que habían estado expuestas a la misma.
5. La continuación de la violencia psicológica perjudica la recuperación de la salud física de las mujeres expuestas a la misma.
6. El apoyo social percibido por las mujeres favorece la recuperación de la salud física.
7. Una percepción negativa de los acontecimientos vitales perjudica la recuperación de la salud física de las mujeres.
8. El funcionamiento del sistema inmune deteriorado en las mujeres víctimas de violencia física/psicológica puede mejorar a lo largo del tiempo.
9. El cese de la violencia física favorece la recuperación del sistema inmune de las mujeres previamente expuestas a la misma.
10. El mantenimiento de la violencia psicológica no impide la recuperación del funcionamiento del sistema inmune.

V. Referencias Bibliográficas

- Adams, R.E. y Boscarino, J.A. (2005). Stress and well-being in the aftermath of the World Trade Center attack: the continuing effects of a communitywide disaster. *Journal of Community Psychology*, 33(2), 175-190.
- Adams, R.E., Boscarino, J.A. y Galea, S. (2006). Social and psychological resources and health outcomes after the World Trade Center disaster. *Social Science & Medicine*, 62(1), 176-188.
- Aguilar, R.J. y Nightingale, N.N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9(1), 35-45.
- Alsaker, K., Moen, B.E., Nortvedt, M.W. y Baste, V. (2006). Low health-related quality of life among abused women. *Quality of Life Research*, 15, 959-965.
- Altemus, M., Cloitre, M. y Dhabhar, F.S. (2003). Enhanced cellular immune response in women with PTSD related to childhood abuse. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1705-1707.
- Altemus, M., Dhabhar, F.S. y Yang, R. (2006). Immune function in PTSD. *Annals of the New York Academy of Science*, 1071, 167-183.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 227-246.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., De Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y en víctimas de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(114), 605-629.
- Arduino, P.G. y Porter, S.R. (2008). Herpes simplex virus type 1 infection: overview on relevant clinico-pathological features. *Journal of Oral Pathology & Medicine*, 37, 107-121.
- Azpiroz, A., De Miguel, Z., Fano, E. y Vegas, O. (2008). Relations between different coping strategies for social stress, tumor development and neuroendocrine and immune activity in male mice. *Brain, Behavior and Immunity*, 22, 690-698.
- Banks, M.E. (2007). Traumatic brain injury as a consequence of interpersonal violence. *Trauma, Violence & Abuse*, 8(3), 290-298.
- Bartolomucci, A. (2007). Social stress, immune functions and disease in rodents. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 28, 28-49.
- Beitia, G., Garmendia, L., Azpiroz, A., Vegas, O., Brain, P.F. y Arregi, A. (2005). Time-dependent behavioral, neurochemical, and immune consequences of repeated experiences of social defeat stress in male mice and the ameliorative effects of fluoxetine. *Brain, Behavior and Immunity*, 19, 530-539.
- Bellón Saameño, J.A., Delgado Sánchez, A., De Dios Luna del Castillo, J. y Lardelli Claret, P. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Atención Primaria*, 18, 153-63.

- Bensley, L., Van Eenwyk, J. y Wijnkoop Simmons, K. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(1), 38-44.
- Bergman, B. y Brismar, B. (1991). A 5-year follow-up study of 117 battered women. *American Journal of Public Health*, 81(11), 1486-1488.
- Bergman, B., Brismar, B. y Nordin, C. (1992). Utilisation of medical care by abused women. *British Medical Journal*, 305, 27-28.
- Björkqvist, K. (2001). Social defeat as a stressor in humans. *Physiology and Behavior*, 73, 435-442.
- Black, P.H. (1994). Immune system-central nervous system interactions: effect and immunomodulatory consequences of immune system mediator on the brain. *Antimicrobial Agents and Chemotherapy*, 38(1), 7-12.
- Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L. y Martín-García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(Supl 1), 182-188.
- Blanchard, R.J., Mckittrick, C.R. y Blanchard, D.C. (2001). Animal models of social stress: effects on behavior and brain neurochemical systems. *Physiology & Behavior*, 73, 261-271.
- Bonomi, A.E., Thompson, R.S., Anderson, M., Reid, R.J., Carrell, D., Dimer, J.A. y Rivara, F.P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458-466.
- Bonomi, A.E., Anderson, M.L., Cannon, E.A., Slesnick, N. y Rodriguez, M.A. (2009). Intimate partner violence in Latina and Non-Latina women. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(1), 43-48.
- Boscarino, J.A. (2004). Posttraumatic stress disorder and physical illness: results from clinical and epidemiologic studies. *Annals of the New York Academy of Science*, 1032, 141-153.
- Boscarino, J.A. y Chang, J. (1999). Higher abnormal leukocyte and lymphocyte counts 20 years after exposure to severe stress: research and clinical implications. *Psychosomatic Medicine*, 61, 378-386.
- Brandtzaeg, P. (2007). Do salivary antibodies reliably reflect both mucosal and systemic immunity? *Annals of the New York Academy of Science*, 1098, 288-311.
- Breiding, M.J., Black, M.C. y Ryan, G.W. (2008). Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence-18 U.S. States/Territories, 2005. *Annals of Epidemiology*, 18(7), 538-544.
- Broadhead, W.E., Gehlbach, S.H., Degruy, F.V. y Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Medical Care*, 26, 709-723.

- Bünzli, D., Wietlisbach, V., Barazzoni, F., Sahli, R. y Meylan, P.R.A. (2004). Seroepidemiology of herpes simplex virus type 1 and 2 in western, and southern Switzerland in adults aged 25-74 in 1992-1993: a population-based study. *BioMed Central Infectious Diseases*, 4:10.
- Bybee, D. y Sullivan, C.M. (2005). Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program. *American Journal of Community Psychology*, 36(1/2), 85-96.
- Bybee, D. y Sullivan, C.M. (2002). The process through which an advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time. *American Journal of Community Psychology*, 30(1), 103-130.
- Campbell, J.C., Woods, A.B., Chouaf, K.L. y Parker, B. (2000). Reproductive health consequences of intimate partner violence. *Clinical Nursing Research*, 9(3), 217-237.
- Campbell, J.C., Miller, P., Cardwell, M.M. y Belknap, R.A. (1994). Relationship status of battered women over time. *Journal of Family Violence*, 9(2), 99-111.
- Campbell, J.C. y Lewandowski, L.A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Anger, Aggression and Violence*, 20(2), 353-374.
- Campbell, J.C., Snow Jones, A., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Carlson G.A. y Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157-1163.
- Campbell, J.C. y Soeken, K.L. (1999a). Forced sex and intimate partner violence: Effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women*. 5(9), 1017-1035.
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-1336.
- Campbell, J.C. y Soeken, K.L. (1999b). Women's responses to battering over time: an analysis of change. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(1), 21-40.
- Campbell, R., Sullivan, C.M. y Davidson, W.S. (1995). Women who use domestic violence shelters: changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 237-255.
- Cannon, W.B. (1934). A consideration of possible toxic and nervous factors in the production of traumatic shock. *Annals of Surgery*, 100(4), 704-713.
- Cantin, E., Tanamachi, B. y Openshaw (1999). Role of gamma interferon in control of herpes simplex virus type 1 reactivation. *Journal of Virology*, 73(4), 3418-3423.
- Carbone-López, K., Kruttschnitt, C. y Macmillan, R. (2006). Patterns of intimate partner violence and their associations with physical health, psychological distress, and substance use. *Public Health Reports*, 121(4), 382-392.
- Carlson, N.R. (2002). *Fisiología de la conducta*. Barcelona: Ariel Neurociencia.

- Carrasco, G.A. y Van de Kar, L.D. (2003). Neuroendocrine pharmacology of stress. *European Journal of Pharmacology*, 463, 235-272.
- Cattaneo, L.B. y Goodman, L.A. (2005). Risk factors for reabuse in intimate partner violence: a cross-disciplinary critical review. *Trauma, Violence & Abuse*, 6(2), 141-175.
- Clark, J.P. y Du Mont, J. (2003). Intimate partner violence and health: a critique of Canadian prevalence studies. *Canadian Journal of Public Health*, 94(1), 52-58.
- Cohen, S., Line, S., Manuck, S.B., Rabin, B.S., Heise, E.R. y Kaplan, J.R. (1997). Chronic social stress, social status, and susceptibility to upper respiratory infections in nonhuman primates. *Psychosomatic Medicine*, 59, 213-221.
- Coker, A.L., Davis, K.E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H.M. y Smith, P.H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260-268.
- Coker, A.L., Reeder, C.E., Fadden, M.K. y Smith, P.H. (2004). Physical partner violence and Medicaid utilization and expenditures. *Public Health Reports*, 119, 557-567.
- Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., King, M.R. y McKeown, R.E. (2000a). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9(5), 451-457.
- Coker, A.L., Smith, P.H., Bethea, L., King, M.R. y McKeown, R.E. (2000b). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual and psychological battering. *American Journal of Public Health*, 90(4), 553-559.
- Coker, A.L., Flerx, V.C., Smith, P.H., Whitaker, D.J., Fadden, M.K. y Williams, M. (2007). Intimate partner violence incidence and continuation in a primary care screening program. *American Journal of Epidemiology*, 165(7), 821-827.
- Comisión Europea (1999). 100 palabras para la igualdad: Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres.
Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/transl_es/plataforma/pagina/celter/glosario_genero.htm (Consultado el 17/11/2008).
- Consejo de Europa. Programa de la Campaña para combatir la Violencia contra las Mujeres, incluida la Violencia Doméstica. Resolución EG-TFV (2006) 8 rev 3. Disponible en: <http://www.google.es> (Consultado el 18/11/2006).
- Constantino, R.E., Sekula, L.K., Rabin, B. y Stone, C. (2000). Negative life experiences, depression, and immune function in abused and nonabused women. *Biological Research for Nursing*, 1(3), 190-198.
- Champion, J.D., Piper, J., Shain, R.N., Perdue, S.T. y Newton, E.R. (2001). Minority women with sexually transmitted diseases: sexual abuse and risk for pelvic inflammatory disease. *Research in Nursing & Health*, 24, 38-43.
- Chartier, M.J., Walker, J.R. y Naimark, B. (2007). Childhood abuse, adult health and health care utilization: results from a representative community sample. *American Journal of Epidemiology*, 165, 1031-1038.

- Danese, A., Pariante, C.M., Caspi, A., Taylor, A. y Poulton, R. (2007). Childhood maltreatment predicts adult inflammation in a life-course study. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 104, 1319-1324.
- De Bellis, M.D., Burke, L., Trickett, P.K. y Putnam, F.W. (1996). Antinuclear antibodies and thyroid function in sexually abused girls. *Journal of Traumatic Stress*, 9(2), 369-378.
- Decisión N° 293/2000/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de enero de 2000. Programa Daphne (2000-2003) sobre medidas preventivas destinadas a combatir la violencia ejercida sobre los niños, los adolescentes y las mujeres. Diario Oficial de las Comunidades Europeas n° L 34 de 9.2.2000, p.1. Disponible en: <http://www.eur-lex.europa.eu/> (Consultado el 18/11/2008).
- Decisión N° 803/2004/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de abril de 2004. Programa Daphne II (2004-2008) para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo. Diario Oficial de la Unión Europea n° L 143 de 30.4.2004, p.1. Disponible en: <http://www.eur-lex.europa.eu/> (Consultado el 18/11/2008).
- Decisión N° 779/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2007. Programa Daphne III (2007-2013) para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo. Diario Oficial de la Unión Europea n° L 173 de 3.7.2007, p.19. Disponible en: <http://www.eur-lex.europa.eu/> (Consultado el 18/11/2008).
- Del Abril, A., Ambrosio, E., De Blas, M.R., Caminero, A.A., García, C., De Pablo, J.M. y Sandoval, E. (2001). *Fundamentos biológicos de la conducta*. Madrid: Sanz y Torres.
- De Ory, F., Pachón, I., Echevarría, J.M. y Ramírez, R. (1999). Seroepidemiological study of herpes simplex virus in the female population in the Autonomous Region of Madrid, Spain. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 18, 678-680.
- Deinzer, R., Kleineidam, C., Stiller-Winkler, R., Idel, H. y Bachg, D. (2000). Prolonged reduction of salivary immunoglobulin A (sIgA) after a major academic exam. *International Journal of Psychophysiology*, 37, 219-232.
- Dienemann, J., Boyle, E., Baker, D., Resnick, W., Wiederhorn, N. y Campbell, J.C. (2000). Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 499-513.
- Dutton, M.A., Green, B.L., Kaltman, S.I., Roesch, D.M., Zeffiro, T.A. y Krause, E.D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(7), 955-968.
- Eby, K.K., Campbell, J.C., Sullivan, C.M. y Davidson, W.S. (1995). Health effects of experiences of sexual violence for women with abusive partners. *Health Care for Women International*, 16, 563-576.
- Echeburúa, E. y De Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI Editores.

- Edwards, T.A., Houry, D., Kemball, R.S., Harp, S.E., McNutt, L.A., Straus, H., Rhodes, K.V., Cerulli, C. y Kaslow, N.J. (2006). Stages of change as a correlate of mental health symptoms in abused, low-income African American women. *Journal of Clinical Psychology*, 62(12), 1531-1543.
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Wu, E., Go, H. y Hill, J. (2005). Relationship between drug abuse and intimate partner violence: a longitudinal study among women receiving methadone. *American Journal of Public Health*, 95(3), 465-470.
- Ellsberg, M., Caldera, T., Herrera, A., Winkvist, A. y Kullgren, G. (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: results from a population-based study. *American Psychologist*, 54(1), 30-36.
- Ellsberg, M., Jansen, H., Heise, L., Watts, C.H. y Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371, 1165-1172.
- Everson, M.P., Kotler, S. y Blackburn, W.D. (1999). Stress and immune dysfunction in Gulf War veterans. *Annals of the New York Academy of Science*, 876, 413-418.
- Fahrenberg, J., Foerster, F. y Wilmers, F. (1995). Is elevated blood pressure level associated with higher cardiovascular responsiveness in laboratory tasks and with response specificity? *Psychophysiology*, 32, 81-91.
- Fano, E., Sánchez-Martín, J.R., Arregi, A., Castro, B., Alonso, A., Brain, P. y Azpiroz, A. (2001). Social stress paradigms in male mice: variations in behavior, stress and immunology. *Physiology and Behavior*, 73, 165-173.
- Farley, M. y Patsalides, B.M., (2001). Physical symptoms, posttraumatic stress disorder and healthcare utilization of women with and without childhood physical and sexual abuse. *Psychological Reports*, 89, 595-606.
- Ferrer, V.A. y Bosch, E. (2000). Algunas consideraciones sobre las consecuencias de la violencia doméstica sobre la salud de la víctima. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 55/56, 37-45.
- García-Linares, M.I., Sánchez-Lorente, S., Coe, C.L. y Martínez, M. (2004). Intimate male partner violence impairs control over herpes simplex virus type 1 in physically and psychologically abused women. *Psychosomatic Medicine*, 66, 965-972.
- García-Linares, M.I. (2005). *Consecuencias de la violencia de pareja en la salud física y el sistema inmune de las mujeres* (Tesis Doctoral). Valencia: Universitat de València.
- García-Linares, M.I., Pico-Alfonso, M.A., Sánchez-Lorente, S., Savall-Rodríguez, F., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C. y Martínez, M. (2005). Assessing physical, sexual, and psychological violence perpetrated by intimate male partners toward women: a Spanish cross-sectional study. *Violence and Victims*, 20(1), 99-123.

- Garcia-Moreno, C., Jansen, H.A.F.M., Ellsberg, M., Heise, L. y Watts, C. (2005). *WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes, and women's responses*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/ (Consultado el 18/11/2008).
- Gerber, M.R., Wittenberg, E., Ganz, M.L., Williams, C.M. y McCloskey, L.A. (2008). Intimate partner violence exposure and change in women's physical symptoms over time. *Journal of General Internal Medicine*, 23(1), 64-69.
- Glaser, R., Friedman, S.B., Smyth, J., Ader, R., Bijur, P., Brunell, P., Cohen, N., Kriliv, L.R., Lifrak, S.T. y Stone, A. (1999). The differential impact of training stress and final examination stress on herpesvirus latency at the United States Military Academy at West Point. *Brain, Behavior, and Immunity*, 13, 240-251.
- Glaser y Kiecolt-Glaser (1997). Chronic stress modulates the virus-specific immune response to latent herpes simplex virus type 1. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(2), 78-82.
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.
- Gortner, E., Jacobson, N.S., Berns, S.B. y Gottman, J.M. (1997). When women leave violent relationships: dispelling clinical myths. *Psychotherapy*, 34(4), 343-350.
- Gracia, E., Herrero, J. y Musitu, G. (2002). *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Síntesis.
- Griffin, M.G., Resick, P.A. y Yehuda, R. (2005). Enhanced cortisol suppression following dexamethasone administration in domestic violence survivors. *American Journal of Psychiatry*, 162(6), 1192-1199.
- Gu, M., Haraszthy, G.G., Collins, A.R. y Bergey, E.J. (1995). Identification of salivary proteins inhibiting herpes simplex virus 1 replication. *Oral Microbiology and Immunology*, 10(1), 54-59.
- Handa, M., Nukina, H., Hosoi, M. y Kubo, C. (2008). Childhood physical abuse in outpatients with psychosomatic symptoms. *Biopsychosocial Medicine*, 2:8.
- Hathaway, J.E., Zimmer, B., Willis, G. y Silverman, J.G. (2008). Perceived changes in health and safety following participation in a health care-based domestic violence program. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 547-555.
- Hegarty, K., Gunn, J., Chondros, P. y Small, R. (2004). Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross sectional survey. *British Medical Journal*, 328, 621-624.
- Heise, L. y Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E.G. Krug, L.L. Dahlberg y J.A. Mercy (Eds.), *World report on violence and health* (pp. 88-121). Geneva: World Health Organization.

- Holmes, T.H. y Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scales. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Hoper, T.I., DeBakey, S.F., Nagaraj, B.E., Bellis, K.S., Smith, B., Smith, T.C. y Gackstetter, G.D. (2008). The long-term hospitalization experience following military service in the 1991 Gulf War among veterans remaining on active duty, 1994-2004. *BMC Public Health* 8:60.
- Hoshaw, B.A., Evans, J.C., Mueller, B., Valentino, R.J. y Lucki, I. (2006). Social competition in rats: cell proliferation and behavior. *Behavioural Brain Research*, 175(2), 343-351.
- Houry, D., Kembal, R., Rhodes, K.V. y Kaslow, N.J. (2006). Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ED patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 24(4), 444-450.
- Howard, M., Sellors, J.W., Jang, D., Robinson, N.J., Fearon, M., Kaczorowski, J. y Chernesky, M. (2003). Regional distribution of antibodies to herpes simplex virus type 1 (HSV-1), and HSV-2 in men and women in Ontario, Canada. *Journal of Clinical Microbiology*, 41(1), 84-89.
- Hulme, P.A. (2000). Symptomatology and health care utilization of women primary care patients who experienced childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect*, 24(11), 1471-1484.
- Humphreys, J.C., Lee, K.A., Neylan, T.C. y Marmar, C.R. (1999). Sleep Patterns of Sheltered Battered Woman. *Journal of Nursing Scholarship*, 31(2), 139-143.
- Jockin, V., Arvey, R.D. y McGue, M. (2001). Perceived victimization moderates self-reports of workplace aggression and conflict. *Journal of Applied Psychology*, 86(6), 1262-1269.
- Katz, J. y Arias, I. (1999). Psychological abuse and depressive symptoms in dating women: do different types of abuse have differential effects?. *Journal of Family Violence*, 14(3), 281-295.
- Kaysen, D., Dillworth, T.M., Simpson, T., Waldrop, A., Larimer, M.E. y Resick, P.A. (2007). Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1272-1283.
- Kemeny, M.E. (2009). Psychobiological responses to social threat: Evolution of a psychological model in psychoneuroimmunology. *Brain, Behavior and Immunity*, 23, 1-9.
- Kernic, M.A., Holt, V.L., Stoner, J.A., Wolf, M.E. y Rivara, F.P. (2003). Resolution of depression among victims of intimate partner violence: is cessation of violence enough?. *Violence and Victims*, 18(2), 115-129.
- Kernic, M.A., Wolf, M.E. y Holt, V.L. (2000). Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American Journal of Public Health*, 90(9), 1417-1420.

- Kerr, L.R., Wilkinson, D.A., Emerman, J.T. y Weinberg, J. (1999). Interactive effects of psychosocial stressors and gender on mouse mammary tumor growth. *Physiology and Behavior*, 66(2), 277-284.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R., Gravenstein, S., Malarkey, W.B. y Sheridan, J. (1996). Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults. *Proceeding of the National Academy of Sciences*, 93, 3043-3047.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R., Williger, D., Stout, J., Messick, G. et al. (1985). Psychosocial enhancement of immunocompetence in a geriatric population. *Health Psychology*, 4(1), 25-41.
- Kiecolt-Glaser, J.K., Garner, W., Speicher, C., Penn, G.M., Holliday, J. y Glaser, R. (1984). Psychosocial modifiers of immunocompetence in medical students. *Psychosomatic Medicine*, 46(1), 7-14.
- Kirschbaum, C., Prüssner, J.C., Stone, A.A., Federenko, I., Gaab, J., Lintz, D., Schommer, N. y Hellhammer, D.H. (1995). Persistent high cortisol responses to repeated psychological stress in a subpopulation of healthy men. *Psychosomatic Medicine*, 57, 468-474.
- Koepsell, J.K., Kernic, M.A. y Holt, V.L. (2006). Factors that influence battered women to leave their abusive relationships. *Violence and Victims*, 21(2), 131-147.
- Koolhaas, J.M. (2008). Coping style and immunity in animals: making sense of individual variation. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22, 662-667.
- Koss, M.P., Koss, P.G. y Woodruff, W.J. (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 151, 342-347.
- Kovac, S.H., Klapow, J.C., Kroenke, K., Spitzer, R.L. y Williams, J.B.W. (2003). Differing symptoms of abused versus nonabused women in obstetric-gynecology settings. *American Journal of Obstetric & Gynecology*, 188(3), 707-713.
- Kramer, A., Lorenzon, D. y Mueller, G. (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues*, 14, 19-29.
- Krantz, G. y Östergren, P. (2000). The association between violence victimisation and common symptoms in Swedish women. *Journal of Epidemiology Community Health*, 54, 815-821.
- Krause, E.D., Kaltman, S., Goodman, L.A. y Dutton, M.A. (2006). Role of distinct PTSD symptoms in intimate partner reabuse: a prospective study. *Journal of Traumatic Stress*, 19(4), 507-516.
- Krause, E.D., Kaltman, S., Goodman, L.A. y Dutton, M.A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: a longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 21(1), 83-90.

- Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. y Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en. (Consultado el 15/11/2008).
- Krug, E.G., Mercy, J.A., Dahlberg, L.L. y Zwi, A.B. (2002). The world report on violence and health. *Lancet*, 360, 1083-1088.
- Kudryavtseva, N.N. (2003). Use of the “partition” test in behavioral and pharmacological experiments. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 33(5), 461-471.
- Lang, A.J., Aarons, G.A., Gearity, J., Laffaye, C., Satz, L., Dresselhaus, T.R. y Stein, M.B. (2008). Direct and indirect links between childhood maltreatment, post traumatic stress disorder and women’s health. *Behavioral Medicine*, 33(4), 125-135.
- Lawrence, H.P. (2002). Salivary markers of systemic disease: noninvasive diagnosis of disease and monitoring of general health. *Journal of the Canadian Dental Association*, 68(3), 170-174.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lemieux, A., Coe, C.L. y Carnes, M. (2008). Symptom severity predicts degree of T cell activation in adult women following childhood maltreatment. *Brain, Behavior and Immunity*, 22, 994-1003.
- Leserman, J., Toomey, T.C. y Drossman, D.A. (1995). Medical consequences of sexual and physical abuse in women. *Humane Medicine*, 11(1), 23-28.
- Leserman, J., Drossman, D.A., Li, Z., Toomey, T.C., Nachman, G. y Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosomatic Medicine*, 58, 4-15.
- Leung, T.W., Leung, W.C., Ng, E.H.Y. y Ho, P.C. (2005). Quality of life of victims of intimate partner violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 90, 258-262.
- Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres. B.O.E núm. 71, de 23 de marzo de 2007. Disponible en: <http://www.boe.es> (Consultado el 20/11/2008).
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. B.O.E. núm. 313, de 29 de diciembre de 2004. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/violencia/ley/indez.htm> (Consultado el 19/11/2008).
- Lindqvist, P., Johansson, L. y Karlsson, U. (2008). In the aftermath of teenage suicide: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. *BMC Psychiatry*, 8:26.
- Linton, S.J. (2002). A prospective study of the effects of sexual or physical abuse on back pain. *Pain*, 96, 347-351.

- Liu, T., Khanna, K.M., Carriere, B.N. y Hendricks, R.L. (2001). Gamma interferon can prevent herpes simplex virus type 1 reactivation from latency in sensory neurons. *Journal of Virology*, 75(22), 11178-11184.
- Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S., Römken, R. y Lagro-Janssen, T. (2007). Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. *British Journal of General Practice*, 57, 396-400.
- Lown, E.A. y Vega, W.A. (2001). Intimate partner violence and health: self-assessed health, chronic health and somatic symptoms among Mexican American women. *Psychosomatic Medicine* 63, 352-360.
- Marketon, J.I.W. y Glaser, R. (2008). Stress hormones and immune function. *Cellular Immunology*, 252, 16-26.
- Martinez, M., Calvo-Torrent, A. y Pico-Alfonso, M.A. (1998). Social defeat and subordination as models of social stress in laboratory rodents: a review. *Aggressive Behavior*, 24(4), 241-256.
- Martinez, M., Garcia-Linares, M.I. y Pico-Alfonso, M.A. (2004). Women victims of domestic violence: consequences for their health and the role of the health system. En R. Klein y B. Walln (Eds.), *Conflict, gender and violence* (pp.53-71).Vienna: Studien-Verlag.
- Martinez, M. y Schröttle, M. (2006). State of European research on the prevalence of interpersonal violence and its impact on health and human rights. Co-ordination Action on Human Rights Violations (CAHRV). Disponible en: [http://www.cahr.v.uniosnabrueck.de/reddot/CAHRVreportPrevalence\(1\).pdf](http://www.cahr.v.uniosnabrueck.de/reddot/CAHRVreportPrevalence(1).pdf) (Consultado el 17/11/2008).
- Masuda, M. y Holmes, T.H. (1978). Life events: perceptions and frequencies. *Psychosomatic Medicine*, 40(3), 236-261.
- Matud-Aznar, P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16(3), 397-401.
- Mayhew, C. y Chappell, D. (2007). Workplace violence: an overview of patterns of risk and the emotional/stress consequences on targets. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 327-339.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H.K., Ryden, J., Derogatis, L.R. y Bass, E.B. (1997). Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse: unhealed wounds. *Journal of the American Medicine Association*, 277, 1362-1368.
- McEwen, B.S. (2000). The Neurobiology of stress: from serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886, 172-189.
- McEwen, B.S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress. Allostasis and Allostatic Overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032, 1-7.

- McEwen, B.S. (2005). Stressed of stressed out: what is the difference? *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 30(5), 315-318.
- McEwen, B.S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*, 583, 174-185.
- McFarlane, J., Malecha, A., Gist, J., Watson, K., Batten, E., Hall, I. y Smith, S. (2004). Protection orders and intimate partner violence: an 18-month study of 150 black, Hispanic and white women. *American Journal of Public Health*, 94(4), 613-618.
- McNutt, L.A., Carlson, B.E., Persaud, M. y Postmus, J. (2002). Cumulative abuse experiences, physical health, and health behaviors. *Annals of Epidemiology*, 12(2), 123-130.
- Mertin, P. y Mohr, P.B. (2001). A follow-up study of posttraumatic stress disorder, anxiety and depression in Australian victims of domestic violence. *Violence and Victims*, 16(6), 645-654.
- Ministerio de Igualdad. Balance de las denuncias y homicidios por violencia de género en el año 2008. Disponible en: <http://www.migualdad.es/noticias/19.01.09RPbalancevg.html> (Consultado el 05/03/09).
- Ministerio de Igualdad. Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011). Disponible en: <http://www.migualdad.es/igualdad/PlanEstrategico.pdf> (Consultado el 22/11/2008).
- Ministerio de Igualdad. Instituto de la Mujer. Cifras de denuncias y muertes por violencia. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/index.htm> (Consultado el 05/03/09).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer (2006). *III Macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres. Informe de resultados*. Madrid: Sigma Dos S.A. Disponible en: http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/estud_inves/violencia%20final.pdf (Consultado el 14/02/09).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer. Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género: Marco conceptual y ejes de intervención. Disponible en: <http://www.migualdad.es/violencia-mujer/Documentos/Plan.pdf> (Consultado el 22/11/2008).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. I Plan de Acción contra la Violencia Doméstica 1998-2000. Madrid: Instituto de la Mujer, 1999.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. II Plan Integral contra la Violencia Doméstica 2001-2004. Madrid: Instituto de la Mujer, 2002.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. 1997-2000. Madrid: Instituto de la Mujer, 1997.

- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. IV Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (2003-2006). Disponible en: <http://www.mtas.es/Mujer/politicas/piom.doc> (Consultado el 21/11/2008).
- Mouton, C.P., Radbough, R.J., Rovi, S.L.D., Hunt, J.L., Talamantes, M.A., Brzyski, R.G. y Burge, S.K. (2004). Prevalence and 3-year incidence of abuse among postmenopausal women. *American Journal of Public Health*, 94(4), 605-612.
- Moya-Albiol, L., Serrano, M.A., González-Bono, E., Rodríguez-Alarcón, G. y Salvador, A. (2005). Respuesta psicofisiológica de estrés en una jornada laboral. *Psicothema*, 17(2), 205-211.
- Moynihan, J.A. y Santiago, F.M. (2007). Brain behavior and immunity: twenty years of T cells. *Brain, Behavior and Immunity*, 21(7), 872-880.
- Nicolaidis, C., Curry, M.A., McFarland, B. y Gerrity, M. (2004). Violence, mental health and physical symptoms in an academic internal medicine practice. *Journal of General Internal Medicine*, 19, 819-827.
- Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/hr/> (Consultado el 15/11/2008).
- Organización de Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Resolución A/RES/34/180, de 18 de diciembre de 1979. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/documents/> (Consultado el 15/11/2008).
- Organización de Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución A/RES/48/104, de 23 de febrero de 1994. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/documents/> (Consultado el 15/11/2008).
- Organización de Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Documento A/CONF.177/20/Rev.1. Nueva York, 1996. <http://www.un.org/spanish/womenwatch/confer/> (Consultado el 16/11/2008).
- Organización de Naciones Unidas. Beijing+5. Informe del Comité Especial Plenario del vigésimo tercer período extraordinario de sesiones de la Asamblea General. Documento A/S-23/10/Rev.1. Nueva York, 2000. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/documents> (Consultado el 16/11/2008).
- Organización de Naciones Unidas. Beijing+10. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW). Informe del 49º período de sesiones (marzo de 2005). Documento E/2005/27-E/CN.6/2005/11. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/events/beijing10/pages/index.htm> (Consultado el 16/11/2008).
- Padgett, D.A. y Glaser, R. (2003). How stress influences the immune response. *Trends in Immunology*, 24(8), 444-448.

- Padgett, D.A., Sheridan, J.F., Dorne, J., Berntson, G.G., Candelora, J. y Glaser, R. (1998). Social stress and the reactivation of latent herpes simplex virus type 1. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 95, 7231-7235.
- Paranjape, A., Heron, S. y Kaslow, N. (2006). Utilization of services by abused, low-income African-american women. *Journal of General Internal Medicine*, 21, 189-192.
- Parlamento Europeo. Resolución sobre las Agresiones a la Mujer. Resolución A-44/86, de 11 de junio de 1986. Disponible en: <http://www.justizia.net/docuteca/> (Consultado el 18/11/2008).
- Parlamento Europeo. Resolución sobre las Violaciones de las Libertades y de los Derechos Fundamentales de las Mujeres. Resolución A3-0349/94, de 25 de julio de 1994. Diario Oficial de la Unión Europea nº C 205 de 25.7.1994, p.489. Disponible en: <http://www.eur-lex.europa.eu/> (Consultado el 18/11/2008).
- Parlamento Europeo. Informe de la Comisión de Derechos de la Mujer, sobre la necesidad de realizar en toda la Unión Europea una Campaña sobre Tolerancia Cero ante la Violencia contra las Mujeres. Resolución A4-0250/97, de 16 de julio de 1997. Diario Oficial de la Unión Europea nº C 304 de 06.10.1997 p.0055. Disponible en: <http://www.eur-lex.europa.eu/es/index.htm> (Consultado el 18/11/2008).
- Pellicer, O., Salvador, A. y Benet, I.A. (2002). Efectos de un estresor académico sobre las respuestas psicológica e inmune en jóvenes. *Psicothema*, 14(2), 317-332.
- Perez, S. y Johnson, D.M. (2008). PTSD compromises battered women's future safety. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(5), 635-651.
- Pico-Alfonso, M.A., Garcia-Linares, M.I., Celda-Navarro, N., Herbert, J. y Martinez, M. (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, 56, 233-240.
- Pico-Alfonso, M.A., Garcia-Linares, M.I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E. y Martinez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety and suicide. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599-611.
- Pico-Alfonso, M.A. (2005a). *Consecuencias de la violencia de pareja sobre la salud mental y el sistema endocrino de las mujeres* (Tesis Doctoral). Valencia: Universitat de València.
- Pico-Alfonso, M.A. (2005b). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 181-193.
- Pico-Alfonso, M.A., Echeburúa, E. y Martinez, M. (2008). Personality disorder symptoms as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23, 577-588.
- Plazaola-Castaño, J. y Ruiz-Pérez, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina Clínica*; 122(12), 461-467.

- Plichta, S.B. y Abraham, C. (1996). Violence and gynecologic health in women <50 years old. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 174(3), 903-907.
- Plichta, S.B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1296-1323.
- Rapkin, A.J., Pollack, D.B., Raleigh, M.J., Stone, B. y McGuire, M.T. (1995). Menstrual cycle and social behavior in vervet monkeys. *Psychoneuroendocrinology*, 20(3), 289-297.
- Raya-Ortega, L., Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Brun López-Abisab, S., Rueda Lozano, E., García de Vinuesa, L. y cols., (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.
- Real Decreto 438/2008, de 14 de abril, por el que se aprueba la estructura orgánica básica de los departamentos ministeriales. B.O.E. núm. 92, de 16 de abril de 2008. Disponible en: http://www.migualdad.es/violencia-mujer/Documentos/RD438_2008.pdf (Consultado el 22/11/2008).
- Real Decreto 253/2006, de 3 de marzo, por el que se establecen las funciones, el régimen de funcionamiento y la composición del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer, y se modifica el Real Decreto 1600/2004, de 2 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. B.O.E. núm. 62, de 14 de marzo de 2006.
Disponible en: www.migualdad.es/mujer/violencia/observatorio/index.htm (Consultado el 22/11/2008).
- Rivara, F.P., Anderson, M.L., Fishman, P., Bonomi, A.E., Reid, R.J., Carrell, D. y Thompson, R.S. (2007). Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(2), 89-96.
- Rivera-Rivera, L., Allen, B., Chávez-Ayala, R. y Ávila-Burgos, L. (2006). Abuso físico y sexual durante la niñez y revictimización de las mujeres mexicanas durante la edad adulta. *Salud pública de México*, 48(2), 268-278.
- Rodríguez, M.A., Heilemann, M., Fielder, E., Ang, A., Nevarez, F. y Mangione, C.M. (2008). Intimate partner violence, depression and PTSD among pregnant Latina women. *Annals of Family Medicine*, 6(1), 44-52.
- Romito, P., Turan, J.M. y De Marchi, M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social Science and Medicine*, 60, 1717-1727.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco Prieto, P., González-Barranco, J.M., Ayuso-Martín, P., Montero-Piñar, M.I. y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género (2006a). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 202-208.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., del Río-Lozano, M. y the Gender Violence Study Group (2006b). How do women in Spain deal with an abusive relationship?. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 706-711.

- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Álvarez-Kindelán, M., Palomo-Pinto, M., Arnalte-Barrera, M., Bonet-Pla, A. and the Gender Violence Study Group (2006c). Sociodemographic associations of physical, emotional and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Annals of Epidemiology*, 16(5), 357-363.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J. y del Río-Lozano, M. (2007). Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *European Journal of Public Health*, 17(5), 437-43.
- Saltzman, L.E., Green, Y.T., Marks, J.S. y Thacker, S.B. (2000). Violence against women as a public health issue: comments from the CDC. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 325-329.
- Salvador, A. (2005). Coping with competitive situations in humans. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29, 195-205.
- Sánchez-Cánovas, J., Soriano y J., Zorroza, J. (1997). *Estrés, personalidad y salud*. Valencia: C.S.V.
- Sánchez-Lorente, S. (2002). *Consecuencias de la violencia doméstica en el aparato reproductor de las mujeres* (Trabajo de investigación). Valencia: Universitat de València.
- Sandín, B. (1998). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología*, (vol. 2, 4-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.
- Sarid, O., Anson, O., Yaari, A. y Margalith, M. (2001). Epstein-Barr virus specific salivary antibodies as related to stress caused by examinations. *Journal of Medical Virology*, 64, 149-156.
- Scoular, A., Norrie, J., Gillespie, G., Mir, N. y Carman, W.F. (2002). Longitudinal study of genital infection by herpes simplex virus type 1 in western Scotland over 15 years. *British Medical Journal*, 324, 1366-1367.
- Schei, B., Guthrie, J.R., Dennerstein, L. y Alford, S. (2006). Intimate partner violence and health outcomes in mid-life women: a population-based cohort study. *Archives of Women's Mental Health*, 9, 317-324.
- Schmidt, D.D., Schmidt, P.M., Crabtree, B.F., Hyun, J., Anderson, P. y Smith, C. (1991). The temporal relationship of psychosocial stress to cellular immunity and herpes labialis recurrences. *Family Medicine*, 23(8), 594-599.
- Segerstrom, S.C., Miller, G.E. (2004). Psychological stress and the human immune system: a meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130(4), 601-630.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature*, 138, 32-33.
- Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383-1392.

- Selye, H. (1976). Further thoughts on "Stress without Distress". *Medical times*, 104(11), 125-144.
- Sheridan, J.F., Padgett, D.A., Avitsur, R. y Marucha, P.T. (2004). Experimental models of stress and wound healing. *World Journal of Surgery*, 28, 327-330.
- Sheridan, J.F., Dobbs, C., Jung, J., Chu, X., Konstantinos, A., Padgett, D. y Glaser, R. (1998). Stress-induced neuroendocrine modulation of viral pathogenesis and immunity. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, 803-808.
- Shirtcliff, E.A., Coe, C.L. y Pollak, S.D. (2009). Early childhood stress is associated with elevated antibody levels to herpes simplex virus type 1. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 106(8), 2963-2967.
- Shively, C.A. (1998). Social subordination stress, behaviour, and central monoaminergic function in female Cynomolgus monkeys. *Biological Psychiatry*, 44, 882-891.
- Shively, C.A., Kaplan, J.R. y Adams, M.R. (1986). Effects of ovariectomy, social instability, and social status on female Macaca fascicularis social behavior. *Physiology & Behavior*, 36, 1147-1153.
- Shively, C.A., Laber-Laird, K. y Anton, R.F. (1997). Behavior and physiology of social stress, and depression in female Cynomolgus monkeys. *Biological Psychiatry*, 41, 871-882.
- Spertus, I.L., Yehuda, R., Wong, C.M., Halligan, S. y Seremetis, S.V. (2003). Childhood emotional abuse and neglect as predictors of psychological and physical symptoms in women presenting to a primary care practice. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1247-1258.
- Springer, K.W., Sheridan, J., Kuo, D. y Carnes, M. (2003). The long-term health outcomes of childhood abuse: an overview and a call to action. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 864-870.
- Staggs, S.L., Long, S.M., Mason, G.E., Krishnan, S. y Riger, S. (2007). Intimate partner violence, social support and employment in the post-welfare reform era. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(3), 345-367.
- Stefanski, V. y Ben-Eliyahu, S. (1996). Social confrontation and tumor metastasis in rats: defeat and β -adrenergic mechanisms. *Physiology & Behavior*, 60(1), 277-282.
- Stefanski, V. (1998). Social stress in loser rats: opposite immunological effects in submissive and subdominant males. *Physiology & Behavior*, 63(4), 605-613.
- Stefanski, V., Peschel, A. y Reber, S. (2003). Social stress affects migration of blood T cells into lymphoid organs. *Journal of Neuroimmunology*, 138, 17-24.
- Stewart, D.E. y Robinson, E. (1998). A review of domestic violence and women's mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 1, 83-89.
- Sutherland, C., Bybee, D. y 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.

- Tabak, L.A. (2001). A revolution of biomedical assessment: the development of salivary diagnostics. *Journal of Dental Education*, 65(12), 1335-1339.
- Tamashiro, K.L.K., Nguyen, M.M.N. y Sakai, R.R. (2005). Social stress: from rodents to primates. *Neuroendocrinology*, 26, 27-40.
- Testa, M., Livingston, J.A. y Leonard, K.E. (2003). Women's substance and experiences of intimate partner violence: A longitudinal investigation among a community sample. *Addictive Behaviors*, 28, 1649-1664.
- Thompson, R.S., Bonomi, A.E., Anderson, M., Reid, R.J., Dimer, J.A., Carrell, D. y Rivara, F.P. (2006). Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 447-457.
- Thornton, L.M. y Andersen, B.L. (2006). Psychoneuroimmunology examined: The role of subjective stress. *Journal of Cell Science*, 2(4), 1-18.
- Van der Berg, T.I.J., Alavinia, S.M., Bredt, F.J., Lindeboom, D., Elders, L.A.M. y Burdorf, A. (2008). The influence of psychosocial factors at work and life style on health and work ability among professional workers. *International Archives of Occupational Environmental Health*, 81, 1029-1036.
- Vidović, A., Vilibić, M., Sabioncello, A., Gotovac, K., Rabatić, S., Folnegović-Šmalc, V. y Dekaris, D. (2007). Circulating lymphocyte subsets, natural killer cell cytotoxicity and components of hypothalamic-pituitary-adrenal axis in Croatian War veterans with posttraumatic stress disorder: cross-sectional study. *Croatian Medical Journal*, 48, 198-206.
- Villaverde, C., Cruz, F. y Mendoza, C. (2000). Estrés y salud. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 54, 21-26.
- Vives, C., Álvarez-Dardet, C. y Caballero, P. (2003). Violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 268-274.
- Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Carrasco-Portiño, M. y Torrubiano-Domínguez, J. (2007). El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 242-246.
- Vojdani, A. y Thrasher, J.D. (2004). Cellular and humoral immune abnormalities in Gulf War veterans. *Environmental Health Perspectives*, 112(8), 840-846.
- Vos, T., Astbury, J., Piers, L.S., Magnus, A., Heenan, M., Stanley, L., Walker, L. y Webster, K. (2006). Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bulletin of the World Health Organization*, 84(9), 739-744.
- Vung, N.D., Ostergren, P y Krantz, G. (2009). Intimate partner violence against women, health effects and health care seeking in rural Vietnam. *European Journal of Public Health*, 1-5.

- Walker, E.A., Unutzer, J., Rutter, C., Gelfand, A., Saunders, K., Vonkorff, M., Koss, M.P. y Katon, W. (1999). Costs of health care use by women HMO members with a history of childhood abuse and neglect. *Archives of General Psychiatry*, 56, 609-613.
- Waltermaurer, E., McNutt, L.A. y Mattingly, M.J. (2006). Examining the effect of residential change on intimate partner violence risk. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60, 923-927.
- Wang, P.S., Gruber, M.J., Powers, R.E., Schoenbaum, M., Speier, A.H., Wells, K.B. y Kessler, R.C. (2007). Mental health service use among hurricane Katrina survivors in the eight months after the disaster. *Psychiatric Services*, 58(11), 1403-1411.
- Weaver, T.L. y Etzel, J.C. (2003). Smoking patterns, symptoms of PTSD and depression: preliminary findings from a sample of severely battered women. *Addictive Behaviors*, 28, 1665-79.
- Weiner, H. (1990). Behavioral biology of stress and psychosomatic medicine. En M.R. Brown, G.F. Koob y C. Rivier (Eds.) *Stress: Neurobiology and Neuroendocrinology* (23-51). New York: Marcel Dekker, Inc.
- Wenzel, S.L., Tucker, J.S., Elliot, M.N., Marshall, G.N., Williamson, S.L. (2004). Physical violence against impoverished women: a longitudinal analysis of risk and protective factors. *Women's Health Issues*, 14, 144-154.
- Wilson, S.N., Van der Kolk, B., Burbridge, J., Fisler, R. y Kradin, R. (1999). Phenotype of blood lymphocytes in PTSD suggests chronic immune activation. *Psychosomatics*, 40(3), 222-225.
- Wingood, G.M., DiClemente, R.J. y Raj, A. (2000). Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 270-275.
- Wingood, G.M. y DiClemente, R.J. (1997). Child sexual abuse, HIV sexual risk, and gender relations of African-American women. *American Journal of Preventive Medicine*, 13(5), 380-384.
- Woods, S.J. (2005). Intimate partner violence and post-traumatic stress disorder symptoms in women: what we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(4), 394-402.
- Woods, S.J., Hall, R.J., Campbell, J.C. y Angott, D.M. (2008). Physical symptoms and posttraumatic stress disorder symptoms in women experiencing intimate partner violence. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 53(6), 538-546.
- Woods, A.B., Page, G.G., O'Campo, P., Pugh, L.C., Ford, D. y Campbell, J.C. (2005). The mediation effect of posttraumatic stress disorder symptoms on the relationship of intimate partner violence and IFN- γ levels. *American Journal of Community Psychology*, 36(1/2), 159-175.

- World Health Assembly. Prevention of violence: a public health priority (WHA 49,25). Geneva: World Health Organization, 1996. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf. (Consultado el 12/11/2008).
- Xu, F., Markowitz, L.E., Gottlieb, S.L. y Berman, S.M. (2007). Seroprevalence of herpes simplex virus types 1 and 2 in pregnant women in the United States. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 196(1), 43.e1-43.e6.
- Yehuda, R., Morris, A., Labinsky, E., Zelman, S. y Schmeidler, J. (2007). Ten-year follow-up study of cortisol levels in aging Holocaust survivors with and without PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 20(5), 757-761.
- Zhang, Q., Zhou, X., Denny, T., Ottenweller, J.E., Lange, G., Lamanca, J.J., Laviertes, M.H., Pollet, C., Gause, W.C. y Natelson, B.H. (1999). Changes in immune parameters seen in Gulf War veterans but not in civilians with chronic fatigue syndrome. *Clinical and Diagnostic Laboratory Immunology*, 6(1), 6-13.
- Zlotnick, C., Johnson, D.M. y Kohn, R. (2006). Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(2), 262-275.