

## El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja<sup>1</sup>

María Pilar Matud Aznar<sup>2</sup>, Laura Aguilera Ávila, Rosario J. Marrero Quevedo, Olga Moraza Pulla y Mónica Carballeira Abella (*Universidad de La Laguna, España*)

(Recibido 4 noviembre 2003 / Received November 4, 2003)  
(Aceptado 2 Diciembre 2003 / Accepted December 2, 2003)

**RESUMEN.** En este estudio descriptivo mediante encuestas analizamos el apoyo social en tres grupos de mujeres maltratadas: uno formado por 66 mujeres que estaban conviviendo con el agresor, otro de 95 mujeres que, aunque habían sido maltratadas por su pareja, ya no convivían con el agresor, y un grupo de 39 mujeres que se encontraban en casas de acogida. Encontramos que las áreas donde las mujeres maltratadas percibían menos apoyo social eran en la laboral, económica y la familiar, y las personas que citaban con más frecuencia como fuente de apoyo fueron las amistades, los hijos y la familia. Las mujeres que estaban conviviendo con el agresor tenían menos apoyo social estructural y percibido que las mujeres que ya no convivían con él y que un grupo control de mujeres no maltratadas. El apoyo social correlacionaba negativamente con disfunción social y positivamente con autoestima. En el grupo de mujeres no maltratadas y en el que ya no convivía con el agresor el apoyo social percibido correlacionaba negativamente con sintomatología depresiva, somática y de ansiedad e insomnio.

**PALABRAS CLAVE.** Apoyo social. Maltrato a la mujer. Salud mental. Estudio descriptivo.

**ABSTRACT.** This study analyses social support in three groups of battered women: the first group are 66 women that still live with the aggressor, the second group are women who have been battered, but no longer live with the abusive partner (N = 95), and a third group of

<sup>1</sup> Proyecto subvencionado por el Instituto Canario de la Mujer. Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno de Canarias.

<sup>2</sup> Correspondencia: Facultad de Psicología. Universidad de La Laguna. 38205 La Laguna, Tenerife (España). E-mail: [pmatud@ull.es](mailto:pmatud@ull.es)

women who are living in a shelter for battered women (N = 39). Results indicate that it was in the labour, financial, and familial areas where the battered women perceived less social support. Friends, children, and other family members were the most usual sources of support. Battered women currently living with the aggressor have less perceived and structural social support than women that had been battered and are no longer living with the abusive partner, and also less support than a non-battered women control group. The social support correlated negatively with social dysfunction and positively with self-esteem. Moreover, in the non-battered women and in the battered women that are no longer living with the aggressor, the perceived social support negatively correlated with depression, somatic, and anxiety and insomnia symptoms.

**KEYWORDS.** Social Support. Battered Women. Mental Health. Descriptive Research.

**RESUMO.** Este estudo analisa o suporte social em três grupos de mulheres batidas: o primeiro é constituído por 66 mulheres que ainda vivem com o agressor, o segundo é constituído por 95 mulheres que foram batidas pelo seu parceiro, mas que já não convivem com o agressor, e o terceiro é constituído por 39 mulheres que se encontravam em casas de acolhimento. Os resultados indicam que as áreas onde as mulheres batidas encontram menor suporte social eram a laboral, económica e a familiar. Os amigos, os filhos e a família foram as fontes de suporte social mais frequentemente citadas. As mulheres que estavam a conviver com o agressor tinham menos suporte social estrutural e percebido do que as mulheres que já não conviviam com ele, e que um grupo de controlo de mulheres não maltratadas. O suporte social estava negativamente correlacionado com a disfunção social e positivamente correlacionado com a auto-estima. No grupo de mulheres não maltratadas e no que já não convivia com o agressor o suporte social percebido correlaciona-se negativamente com a sintomatologia depressiva, somática e de ansiedade e insónia.

**PALAVRAS CHAVE.** Suporte social. Maltrato à mulher. Saúde mental. Estudo descritivo.

### Introducción

En las últimas décadas se han realizado múltiples estudios sobre la relevancia del apoyo social en la salud pero, pese a que son muchos las investigaciones y los avances logrados, aún persisten muchas cuestiones y áreas por explorar. Aunque es un término muy utilizado en la literatura psicológica, médica y sociológica, su definición no es simple, existiendo diversas medidas de apoyo social, algunas de las cuales guardan poca relación entre sí (Barrera, 1986). Lin (1986) distingue entre los recursos y los procesos de apoyo, separando así el concepto de apoyo en dos componentes globales: el social (estructural) y el de apoyo (el proceso). En los primeros incluye las relaciones sociales, entre los cuales identifica como posibles recursos las relaciones con la comunidad, las relaciones con la red social y las relaciones íntimas; en los segundos distingue dos tipos de procesos: el recibido frente al percibido y el habitual frente al de crisis. Aunque la evidencia no es completa y pueden influir aspectos temporales y situacionales, tales como la necesidad real del apoyo o si la conducta de apoyo obtenida es la precisada, se ha

encontrado en varios estudios que el apoyo social percibido tiene más impacto en la salud que el apoyo social recibido (Cohen y Wills, 1985; Helgeson, 1993). Respecto a las funciones del apoyo social, se han distinguido tres tipos principales: emocional, que se refiere a aspectos como intimidad, apego, confort, cuidado y preocupación; instrumental, que se refiere a la prestación de ayuda o asistencia material; e informacional, que implica consejo, guía o información relevante a la situación. Aunque algunos autores consideran el apoyo emocional como el principal componente, también se ha encontrado que los otros tipos se asocian a bienestar, pues la forma más efectiva de apoyo va a depender de la situación en que sea necesario (Cohen y Wills, 1985).

Existe evidencia empírica de que la escasa calidad de las relaciones sociales se asocia con problemas de salud y de que las personas aisladas socialmente tienen mayores tasas de mortalidad y morbilidad (Cohen y Syme, 1985; House y Kahn, 1985). Además, también influye en los indicadores positivos de salud, habiéndose encontrado en diversos estudios que se asocia con bienestar (véase, por ejemplo, Barnett y Gotlib, 1988; Cohen y Syme, 1985; Davis y Morris, 1998). Pero, pese a existir múltiples investigaciones en las que las diferentes conceptualizaciones y medidas de apoyo social muestran su relevancia en la salud (Barnett y Gotlib, 1988; Cohen y Wills, 1985; Dolbier y Steinhardt, 2000; Holahan y Moos, 1981; Lindorff, 2000; Matud, 2001; Matud, Carballeira, López, Marrero e Ibáñez, 2002; Paykel, 1994; Stansfeld, Fuhrer y Shipley, 1998), no se conocen con exactitud los mecanismos a través de los que opera. Algunos autores plantean que el apoyo social tiene un efecto “directo” en la salud, mientras que otros postulan un efecto indirecto o “mediador” (véase revisión de Cohen y Wills, 1985). Muchos trabajos se han centrado en su efecto protector frente al estrés, mientras que otros han analizado su efecto en las actitudes y conductas que impactan en la salud y en la longevidad, tales como la dieta, el dejar de fumar o el ejercicio físico (Duncan y Mcauley, 1993). Otros autores plantean la existencia de un efecto “biológico” directo, a través del sistema inmunológico (Jemmott y Locke, 1984) o mediante alteraciones de los procesos fisiológicos y la regulación de la función cardiovascular o neuroendocrina, existiendo evidencia de que determinadas características del medio social, tales como el estatus social o la calidad de las relaciones sociales influyen en los patrones de reactividad neuroendocrina (Gerin, Milner, Chawla y Pickering, 1995; Seeman y McEwen, 1996). Algunos autores plantean la posibilidad de que haya más de uno e incluso varios mecanismos implicados, aunque no todos lo estén necesariamente en todos los individuos (véase Gerin *et al.*, 1995). Aunque los primeros estudios se centraron en los aspectos positivos del apoyo social, recientemente se ha reconocido que las relaciones sociales también tienen su parte negativa, ya que pueden ir acompañadas de obligaciones, por lo que pueden crear tensión y estrés. Existe evidencia empírica de que las interacciones sociales negativas predicen más los problemas de salud y el bienestar que las positivas (Helgeson, 1993; Rook, 1984; Schuster, Kessler y Aseltine, 1990).

Pese a que las diferencias de género en las relaciones interpersonales son evidentes a lo largo de todo el ciclo vital, sugiriendo que mujeres y hombres difieren en las formas en que participan en las relaciones sociales y en los recursos que buscan en tales relaciones (Belle, 1987), las diferencias de género en apoyo social no han sido muy estudiadas. Además, los distintos roles asociados al género implican diferentes oportu-

nidades para establecer, mantener y utilizar las relaciones sociales. Pero todavía sigue sin conocerse en profundidad los efectos del apoyo social en la mujer, existiendo datos que prueban que, en ésta, las redes sociales pueden ser más una fuente de demandas que de apoyo. Se ha planteado que es necesario conocer la relevancia en la salud de las diferentes conceptualizaciones, medidas y funciones del apoyo social, pues mientras que en algunos estudios se ha encontrado que no hay asociación (o es muy baja) con problemas de salud o mortalidad en el caso de la mujer, en otros se han encontrado efectos equivalentes del apoyo social para mujeres y hombres. Además, demostró que los efectos también difieren en función de una serie de variables, tales como las socioculturales. Así, es importante analizar el efecto de las diferentes fuentes y tipos de apoyo en la salud de la mujer de diferentes niveles socioeconómicos y en distintas circunstancias. Particularmente relevante parece el estudio en el caso de la mujer maltratada, ya que presenta una serie de características que hacen que el estudio del apoyo social en esta población sea especialmente importante.

Debido a una serie de factores, entre los que destaca el aislamiento social al que muchas veces la somete el agresor, la mujer maltratada por su pareja a menudo experimenta una carencia de apoyo social. Además de necesitar apoyo emocional, en muchas ocasiones también precisa información y apoyo instrumental, tal como asistencia económica, legal y un lugar donde refugiarse de los ataques del agresor (Hobfoll, 1986). Se ha encontrado que el agresor intenta mantener a su pareja en un estado de dependencia y control, lo que coloca a la mujer maltratada en una situación de aislamiento de su familia y amigos, con lo cual no solo no puede beneficiarse de los efectos saludables en la salud del apoyo social, sino que el enfrentamiento con la situación de maltrato le será aún más estresante, ya que carece del efecto amortiguador del estrés que proporciona el apoyo social (Mitchel y Hodson, 1986). Existe evidencia de que el apoyo social ayuda a mitigar los efectos dañinos del maltrato a la mujer, pudiendo protegerla también de abusos posteriores, habiéndose planteado que las personas que apoyan a la mujer maltratada pueden proporcionarle acceso a oportunidades, apoyo emocional e información, que puede protegerle de la violencia y de las amenazas de sus agresores (Bybee y Sullivan, 2002). En España se ha encontrado evidencia del efecto protector del apoyo social en las mujeres maltratadas por su pareja, con menos síntomas de estrés posttraumático, ansiedad, depresión, mayor autoestima y menor inadaptación en las mujeres con apoyo social frente a las que carecían de éste (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 2002).

Mitchel y Hodson (1986) plantean que para intentar conocer el rol del apoyo social en el proceso de violencia doméstica habría que tener en cuenta varios aspectos. En primer lugar, conceptualizar el apoyo social incluyendo el apoyo social percibido, las relaciones de apoyo, es decir, el grado en que existen conductas reales de apoyo o conductas de ayuda, y la estructura de la red social, es decir, el patrón de los lazos sociales individuales, tales como las relaciones en las áreas familiar y laboral. Aunque reconocen que los niveles de estrés y funcionamiento pueden estar más relacionados con el apoyo social percibido, la información de los otros aspectos del apoyo social puede ser ilustrativo. En segundo lugar, plantean que es necesario tener en cuenta cómo los estresores considerados configuran los patrones de apoyo que emergen. Así, puede suceder que las respuestas de apoyo por parte de los demás dependan del acontecimiento, y es posible

que aunque una mujer maltratada tenga diferentes contactos, puede encontrar que muchos de ellos se sientan incómodos ante su situación y no tengan estrategias adecuadas de afrontamiento. En un trabajo sobre los tipos de apoyo que las mujeres recibían respecto a la situación específica de maltrato, Mitchel y Hodson (1983) encontraron que aquellas que tenían menos respuestas de evitación y más respuestas empáticas de los amigos también mostraban más control y autoestima. Respecto a las razones por las que algunas mujeres recibían más respuestas de apoyo que otras, parecía haber una cierta asociación entre la estructura de los lazos sociales de la mujer y el apoyo recibido y, en la medida en que los lazos sociales de la mujer se solapaban con los de su pareja, más difícil le era recibir apoyo ante la situación de maltrato. Así, puede suceder que aunque la mujer maltratada no esté aislada socialmente le sea más difícil recibir apoyo para el maltrato, pues es posible que las personas que también son amigas del hombre no quieran implicarse en lo relativo al maltrato.

En definitiva, la importancia de contar con una red de apoyo social radica no sólo en que permite crear una identidad social válida y proporcionar ayuda material o emocional en momentos de crisis, sino que también se ha vinculado estrechamente a bienestar psicológico (Thompson *et al.*, 2000). Si consideramos que la mujer maltratada además de vivir una situación estresante de forma crónica, su agresor emplea el aislamiento social como una estrategia más de tipo coercitivo y de dominación, todo indica que un área de abordaje del maltrato va a ser el reestablecer el apoyo social de la mujer. Pero para ello primero será necesario conocer cómo se estructura, cuáles son las fuentes más relevantes y cómo se asocia con la salud en las mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja. Este es el objetivo principal del presente estudio descriptivo mediante encuestas (Montero y León, 2002), cuya estructura se ajusta, en la medida de lo posible, a las propuestas de Bobenrieth (2002).

## Método

### *Muestra*

La muestra está formada por 200 mujeres que eran o habían sido víctimas de maltrato por parte de su pareja, la mayoría de las cuáles había acudido a alguno de los Centros de Atención para mujeres maltratadas de las Islas Canarias. La mitad de ellas había sufrido maltrato físico y psicológico; el 31% físico, psicológico y sexual; el 15% psicológico; y, el resto psicológico y sexual. En la fecha en que se realizó la entrevista, un 33% de las mujeres convivía con el agresor, un 47,5% de ellas estaban separadas o en trámites de separación y ya no convivían con el agresor, y el 19,5% estaba en casas de acogida. Su edad oscilaba entre 17 y 67 años, siendo la media de 35,43 años y la desviación típica de 9,63. En la Tabla 1 presentamos los datos sociodemográficos más relevantes. Como puede observarse, pese a que predominan las mujeres con bajo nivel de estudios (un 70,3% solo tiene estudios básicos), también hay mujeres con estudios universitarios (el 6,6%), de las cuales el 3,3% tiene estudios de diplomatura y el 3,3% de licenciatura. Respecto a la profesión, lo más frecuente es que tengan empleos de tipo manual y el 37,6% se autodefine como “ama de casa”, aunque algunas mujeres tenían profesiones de grado medio o universitario y tres eran estudiantes. En el momento de la

entrevista estaban activas el 46,9%, mientras que el 30% se encontraba en situación de desempleo. Respecto al estado civil se da gran diversidad, siendo lo menos frecuente que se trate de mujeres divorciadas o en uniones de hecho. La mayoría de las mujeres (el 90,5%) tiene hijos/as, siendo la media de 2,08 y la desviación típica de 1,36. El número oscila entre uno y ocho, aunque la mayoría de las mujeres tiene entre uno y tres hijos/as.

**TABLA 1.** Características sociodemográficas de la muestra.

	N	% Válido
<b>Nivel de estudios</b>		
- Básicos	140	70,3
- FP-I	12	6
- FP-II	10	5
- BUP/COU	24	12,1
- Universitarios	13	6,6
- Sin dato	1	
<b>Profesión</b>		
- Estudiante	3	1,5
- Trabajo manual	87	46
- Trabajo no manual	20	10,6
- Profesionales	6	3,2
- Amas de casa	71	37,6
- Jubiladas	2	1,1
- Sin dato	11	
<b>Estado civil</b>		
- Soltera	31	15,7
- Casada	51	25,7
- Unión de hecho	15	7,6
- Separada	48	24,2
- Divorciada	16	8,1
- Trámites de separación	36	18,2
- Viuda	1	0,5
- Sin dato	2	

#### *Instrumentos*

El apoyo social percibido fue evaluado mediante el Inventario de Apoyo Social (AS) (Matud, 1998), un inventario de 12 ítem que mide la disponibilidad de apoyo social a nivel instrumental, emocional e informacional, que fue validado y adaptado para esta población, de forma que también permitiese evaluar las fuentes de apoyo. La escala de respuesta es de cuatro puntos (desde 0 para "Nunca" hasta 3 para "Siempre"); todos los ítem se agruparon en un único factor, que explicaba el 48,05% de la varianza y cuya consistencia interna era de 0,92. El ítem que presentaba un peso factorial más elevado

(0,81) era el número 1 (disponer de alguien que escuche cuando se desea hablar), le seguía el 5 (¿Tienes a quién recurrir cuando tienes problemas familiares?) con un peso de 0,74. La saturación más baja (0,59) en el factor la presentaba el ítem 11 (¿Tienes quién te dé información o te aconseje para resolver tus problemas?). El AS también permite calcular la cantidad o número total de personas con las que se cuenta para las diversas funciones del apoyo y la variedad o número de personas distintas que se perciben como fuente de apoyo. El apoyo social estructural lo evaluamos teniendo en cuenta esta última medida, más los recursos de la comunidad que había utilizado en relación con su situación de maltrato (las diferentes instituciones y profesionales a los que había acudido en búsqueda de ayuda) y la práctica religiosa, los cuales fueron evaluados mediante una entrevista semiestructurada, en la que también se recogían cuestiones relativas a la utilización de fuentes de apoyo formales e informales en relación al maltrato por parte de su pareja, así como otra serie de datos sobre el abuso y la salud de la mujer. La demanda de ayuda específica para la situación de maltrato se evaluó preguntando si había pedido ayuda a otras personas, a quiénes y si creía que había sido eficaz. Las respuestas se codificaron diferenciando si la ayuda provenía de profesionales o de otras personas de su entorno.

El tipo y la intensidad del maltrato se evaluó mediante el Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por parte de su pareja (APCM) (Matud, 1999), que incluye dos factores: uno formado por 19 ítem que mide el maltrato físico y otro que mide maltrato psicológico y consta de 37 ítem. Ambos tienen una consistencia de 0,94 (Matud, Carballeira y Marrero, 2001). La autoestima se evaluó a través de la versión española del *Self-esteem Inventory* (SEQ) (Rector y Roger, 1993), inventario de 4 alternativas de respuesta (nunca, alguna vez, frecuentemente y siempre) y que en su validación con mujeres maltratadas se estructura en dos factores: autoestima, formado por 19 ítem con una consistencia interna de 0,92, e inseguridad, que agrupa a 28 ítem cuya consistencia interna también es de 0,92. La salud mental se evaluó mediante el *General Health Questionnaire-28* (Goldberg y Hillier, 1979) que está formado por 28 ítem y consta de cuatro escalas: ansiedad e insomnio, depresión grave, problemas somáticos y disfunción social. La consistencia interna de cada escala fue, respectivamente, de 0,91, 0,89, 0,86 y 0,89.

#### *Procedimiento*

Todas las pruebas fueron administradas por psicólogas, profesionales de instituciones públicas o del equipo de investigación, previamente formadas en maltrato a la mujer. Debido a la confidencialidad de los datos fue necesario en un primer momento generar un clima adecuado de confianza y empatía con la mujer maltratada. Todas colaboraron de forma voluntaria; se accedió a ellas a través de diversas instituciones públicas y organizaciones no gubernamentales de la Isla de Tenerife y a través de los dispositivos de emergencia de las islas de La Palma y Fuerteventura.

### **Resultados**

La edad a la que estas mujeres comenzaron la relación con el agresor oscila entre los 11 y los 48 años, siendo la edad media de 21,5, la desviación típica de 6,35 y la

mediana de 20. Pese a darse bastante variabilidad, las mujeres comenzaron tales relaciones muy jóvenes, la mayoría entre los 15 y los 26 años, y solo el 10% la inició a partir de los 30 años. Respecto a la edad en que comenzó el maltrato, el rango está entre 13 y 50 años, siendo la media de 23,9 y la desviación típica de 6,68. En la mitad de los casos la agresión comenzó antes de los 22 años, en el 75% antes de los 28 y solo en un 10% fueron agredidas a partir de los 33 años. Tanto en el caso de la edad de comienzo de la relación como del maltrato, lo más frecuente (la moda) fue los 18 años. Se daba gran variabilidad en el tiempo que la mujer había permanecido en la relación con el agresor, oscilando desde meses hasta 43 años, siendo la media de 10,2 años y la desviación típica de 9,8. La mitad de las mujeres estuvo durante 7 años y solo la cuarta parte permaneció menos de dos años.

En la Tabla 2 presentamos las fuentes de apoyo citadas en cada uno de los 12 ítem del inventario de apoyo social. Como puede observarse en la primera columna, es en el área laboral donde cuentan con menos apoyo, afirmando un 46,9% de las mujeres con empleo carecer de apoyo. En las que contaban con apoyo, las fuentes más frecuentemente citadas son el jefe, los profesionales, los hermanos y una amiga. Ante problemas económicos, el 31,5% dijo carecer de apoyo, siendo la familia en general o algún miembro en particular los que con mayor frecuencia eran citados como fuente de este tipo de apoyo. El 30,5% informó no tener apoyo ante los problemas de pareja y, para aquellas que contaban con apoyo, lo más frecuente es que fuese una amiga o las amistades en general, aunque en algunos casos también lo eran la madre, los hijos y los profesionales. Ante problemas familiares el 30% dijo carecer de apoyo, siendo las amistades la fuente más frecuente de apoyo en aquellas que sí lo tenían. El 27% decía carecer de apoyo ante situaciones de estrés y, de nuevo, eran las amistades la fuente más frecuente. El 26% afirmaba no tener personas con las que mostrarse tal como era, existiendo en esta situación mayor variabilidad en las fuentes de apoyo, y las citadas con mayor frecuencia eran las amistades, hijos, hermanos y profesionales. El 22% decía no tener con quién salir de casa, siendo lo más frecuente que pudiesen hacerlo con sus amistades o con sus hijos. El 21,5% decía no tener quién la cuidase cuando lo necesitaba y lo más frecuente era que fuesen los hijos, la madre, la familia o sus amistades quien lo hiciese. El 19,5% informaba no contar con quien la consolase cuando estaba triste, siendo lo más frecuente que fuesen su amiga, hijos, amistades, hermanos o madre las fuentes de este tipo de apoyo. El 14,5% afirmaba no tener quién le diese información o consejo cuando lo necesitaba. Lo más frecuente era que fuesen los profesionales quienes cumplían esta función, aunque también citaban a sus amistades con mucha frecuencia. El 11% decía no contar con nadie que le escuchase, siendo su amiga, los hijos, los amigos y la madre las personas citadas con más frecuencia. Por último, solo el 3% decía no tener quién le quisiese, siendo las personas más citadas como fuente de cariño los hijos, seguidos de la familia.

**TABLA 2.** Principales fuentes de apoyo social citadas en cada uno de los ítem del Inventario de Apoyo Social.

	No tiene apoyo %	Madre %	Padre %	Hijos %	Hermanos %	Amiga %	Amigos %	Amigo %	Familia %	Pareja %
Quien te escuche	11	85	0,6	11,6	7,3	20,1	9,1	2,4	4,9	0,6
Quien te aconseje	19,5	7,3	0,6	12,1	8,5	16,4	9,7	4,2	4,2	0,6
En problemas económicos	31,5	10,9	4,6	7,5	6,3	4	3,4	2,9	13,8	1,1
En problemas laborales	46,9	1,3	2	2	5,3	4,7	2,7	3,3	3,3	1,3
En problemas familiares	30	3,5	0,6	4,7	8,8	14,1	8,8	2,9	7,1	0,6
En problemas de pareja	30,5	6,3	0,6	6,3	5	16,4	9,4	1,3	4,4	0,6
Con quien ser tú misma	26	3,6	0,6	13,3	6,7	13,3	11,5	4,2	2,4	1,2
Quien te ayude	21,5	13,3	1,2	18,7	6	8,4	3,6	1,2	11,4	0,6
En situaciones de estrés	27	7,8	0,6	12	6	15,6	10,2	3,6	4,8	0,6
Con quien salir de casa	22	2,4	0,6	13,6	3,6	1,3	23,7	3,6	1,8	1,2
Información y/o consejo	14,5	1,3	0,6	3,8	3,8	11,5	9	2,6	2,6	0
Quien te quiera	3	7,1	1,9	36,5	1,3	5,1	9	0	28,2	0,6

  

	Jefe %	Compañeros %	Vieja/o %	Novio %	Tíos %	Profesionales %	Cañudo/a %	Religión %	Vecinos %
Quien te escuche	0,6	2,4	2,4	2,4	3	6,7	3	0,6	0
Quien te aconseje	0	0,6	1,2	3	3	2,4	1,2	0,6	0
En problemas económicos	1,1	0,6	0	0,6	1,1	4	1,7	0	0
En problemas laborales	9,3	2,7	0	0,7	2	6	0,7	0	0
En problemas familiares	0,6	1,2	0	1,8	2,9	5,3	1,8	0	0,6
En problemas de pareja	0	0	1,3	0	1,3	5,7	3,1	0	1,3
Con quien ser tú misma	0	1,2	0,6	1,8	1,2	5,5	1,2	0	0
Quien te ayude	0	0,6	0,6	2,4	2,4	2,4	0,6	0	0,6
En situaciones de estrés	0	0	0,6	1,2	0,6	3	1,8	0	0
Con quien salir de casa	0	1,8	0,6	3,6	2,4	1,2	1,2	0	0
Información y/o consejo	0	1,3	0,6	0,6	2,6	38,5	2,6	0	0
Quien te quiera	0	0,6	0,6	3,2	0,6	0,6	0,6	0	0

Al analizar las fuentes de apoyo citadas, independientemente del tipo de problema señalado por la mujer, destaca la relevancia de las amistades en general y, sobre todo, de una amiga en particular. También los hijos parecen ser una fuente de apoyo importante para la mujer maltratada, así como la familia en general y la madre y los hermanos en particular. Otra fuente de apoyo citada con bastante frecuencia son los profesionales de los diversos centros de atención a la mujer maltratada, aunque su papel más relevante es el de dar información y consejo. También es notable la poca relevancia de la pareja, del padre, así como de la familia del agresor. Por último, aunque es muy poco frecuente, algunas mujeres citaron la religión como fuente de apoyo emocional.

Para conocer las diferencias en apoyo social entre las diversas situaciones de maltrato de la mujer (anterior, actual o en casa de acogida) se hicieron una serie de análisis de varianza univariados, considerando como factor tal situación y como variable dependiente el apoyo social percibido, la cantidad de personas citadas como fuente de apoyo, la diversidad de dichas fuentes y la medida de apoyo estructural. Como puede observarse en la Tabla 3, se dan diferencias significativas en todas las medidas de apoyo social, excepto en la variedad de fuentes de apoyo. Son las mujeres que han sido maltratadas por su pareja, pero que ya no conviven con el agresor y viven de forma autónoma, las que tienen más apoyo social, tanto percibido como estructural, diferencias que son estadísticamente significativas solo con respecto al grupo de mujeres que sigue conviviendo con el agresor. También citan mayor número de personas como fuente de apoyo respecto a las mujeres que viven en casas de acogida para mujeres maltratadas.

**TABLA 3.** Medias, desviaciones típicas y comparaciones en apoyo social de los distintos grupos de mujeres maltratadas.

Variables	Maltrato anterior (1) (n = 95)		Maltrato actual (2) (n = 66)		Casa de Acogida (3) (n = 39)		F	Comparaciones post hoc
	M	DT	M	DT	M	DT		
Apoyo percibido	23,59	9,75	19,62	9,89	19,90	9,11	3,99*	1>2*
Estructural	6,33	2,54	4,87	2,57	5,58	2,67	6,02**	1>2**
Fuentes de apoyo:								
Cantidad	13,31	5,90	11,11	5,80	10,53	5,29	3,55*	1>3*
Variedad	4,60	2,10	4,11	1,99	4,30	2,28	0,82	n.s.

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$

Las asociaciones entre apoyo social y las variables sociodemográficas y las relacionadas con el maltrato para cada uno de los grupos se muestran en las Tablas 4, 5 y 6. Como puede observarse, el apoyo social está poco relacionado con las variables sociodemográficas, a excepción del estructural en las mujeres que sufren maltrato en la actualidad, con más apoyo en las mujeres con mayor nivel de estudios, más hijos y más edad. Aunque también se da la asociación entre número de hijos y apoyo estructural en las mujeres que están en casa de acogida, la correlación no es significativa, quizá porque el número de mujeres en este grupo es bastante menor; en las mujeres con historia de maltrato el apoyo social es independiente de los factores sociodemográficos, así como de las variables relativas al maltrato.

**TABLA 4.** Correlaciones de las medidas de apoyo social con variables sociodemográficas y de maltrato. Muestra de mujeres que sufren maltrato actualmente (n = 66).

	Apoyo social percibido	Cantidad	Variedad	Estructura
Edad de la mujer	0,16	-0,02	-0,06	0,28*
Número de hijos	0,21	-0,07	0,00	0,31*
Nivel de estudios <sup>1</sup>	0,23	0,07	0,15	0,44***
Años de maltrato	0,33**	-0,06	-0,03	0,49***
Edad al comenzar la relación	-0,48***	0,04	-0,17	-0,50***
Edad al comenzar el maltrato	-0,34**	0,10	-0,08	-0,40**
Tiempo desde último episodio	0,11	-0,08	-0,06	-0,00
Intensidad maltrato físico	-0,05	-0,19	0,11	0,12
Intensidad maltrato psicológico	0,34**	0,11	0,41**	0,58***

<sup>1</sup>Correlación realizada con Rho de Spearman  
\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

**TABLA 5.** Correlaciones de las medidas de apoyo social con variables sociodemográficas y de maltrato. Muestra de mujeres que se encuentran en casa de acogida (n = 39).

	Apoyo social percibido	Cantidad	Variedad	Estructura
Edad de la mujer	0,18	-0,10	-0,32	-0,09
Número de hijos	0,23	0,00	0,19	0,31
Nivel de estudios <sup>1</sup>	0,17	0,10	-0,05	0,08
Años de maltrato	0,22	-0,02	-0,07	0,11
Edad al comenzar la relación	0,02	0,10	-0,36	-0,39*
Edad al comenzar el maltrato	-0,04	-0,00	-0,41*	-0,37*
Tiempo desde último episodio	-0,20	-0,31	0,08	0,06
Intensidad maltrato físico	0,38*	0,23	0,43*	0,55***
Intensidad maltrato psicológico	0,18	-0,17	0,13	0,42*

<sup>1</sup>Correlación realizada con Rho de Spearman  
\*p < 0,05; \*\*\*p < 0,001

**TABLA 6.** Correlaciones de las medidas de apoyo social con variables sociodemográficas y de maltrato. Muestra de mujeres que han sufrido maltrato anteriormente (n = 95).

	Apoyo social percibido	Cantidad	Variedad	Estructura
Edad de la mujer	0,06	0,01	-0,10	0,04
Número de hijos	0,14	0,03	0,10	0,04
Nivel de estudios <sup>1</sup>	0,02	0,10	0,09	-0,01
Años de maltrato	-0,08	-0,13	-0,06	0,08
Edad al comenzar la relación	0,00	0,15	-0,01	-0,02
Edad al comenzar el maltrato	0,12	0,14	0,02	-0,01
Tiempo desde último episodio	0,12	0,03	-0,18	-0,15
Intensidad maltrato físico	-0,08	-0,14	-0,10	0,00
Intensidad maltrato psicológico	-0,10	-0,08	-0,14	-0,05

<sup>1</sup>Correlación realizada con Rho de Spearman

Al analizar en los otros dos grupos la asociación entre el apoyo social y las variables relacionadas con el maltrato, destaca que la mayoría de las correlaciones significativas difieren en función de la situación, si bien en ambos grupos se encuentra menos apoyo estructural en las mujeres que comenzaron la relación con el agresor y sufrieron maltrato con mayor edad. Lo mismo sucede respecto al apoyo percibido en el caso de las mujeres que conviven con el agresor, grupo en el que también se observa una tendencia a mayor apoyo estructural y percibido en las mujeres que llevan más tiempo en la relación con el agresor, así como en aquellas que sufren un maltrato psicológico más intenso, las cuales, además, también informan de mayor variedad de fuentes de apoyo. Por el contrario, en las mujeres que se encuentran en casas de acogida es la intensidad del maltrato físico el que se asocia a apoyo social, mientras que la intensidad del maltrato psicológico se asocia únicamente a apoyo estructural. Por su parte, las mujeres que comenzaron a ser agredidas más jóvenes informan de mayor variedad de fuentes de apoyo.

#### *El apoyo social específico para el maltrato*

Respecto a la demanda y efectividad de ayuda específica para la situación de maltrato, encontramos que el 85% había acudido al menos en una ocasión en demanda de servicios profesionales, dato que se asocia al hecho de que el acceso a la mayoría de la muestra fue a través de los citados servicios. Un 30% había ido a más de un servicio y el 4,6% informó haber acudido a tres servicios diferentes. Los centros citados en alguna de las tres ocasiones fueron: centros gubernamentales de atención para la mujer maltratada (40%), las organizaciones no gubernamentales (28%), los servicios generales de salud mental gubernamentales (17%), el dispositivo de emergencia para mujeres agredidas (el 10,5%), la policía (8,5%), abogados/as (8,1%) y su Centro de Salud (6%). Respecto a la eficacia de la ayuda recibida, toda fue valorada como eficaz, excepto en el caso de las

mujeres que habían sido remitidas a los servicios de salud mental, que fue valorada como ineficaz tanto por las mujeres que lo citaron como el primer lugar en que se les atendió como aquellas que los citaron en segundo y en tercer lugar. En cuanto a la ayuda solicitada y obtenida de no profesionales, más de la mitad de las mujeres (el 63,3%) no demandó este tipo de ayuda, únicamente el 8,5% lo hizo a más de una fuente y solo una mujer acudió a tres. En total, lo más frecuente era que acudiesen a la familia (el 28%), seguido de las amistades (el 14,4%), vecinos (el 2,3%) y solo una mujer dijo haber acudido a los compañeros de trabajo. Destaca que toda la ayuda recibida se consideró eficaz, excepto un porcentaje muy pequeño (el 1,2%) de la aportada por parte de la familia.

#### *Apoyo social y salud*

En cuanto a la relación entre apoyo social y salud, analizamos para cada grupo de mujeres maltratadas las correlaciones de las diversas medidas de apoyo con las escalas del GHQ-28, la sensación de indefensión ante el maltrato de su pareja, el número de enfermedades autoinformado y los dos factores del cuestionario de autoestima, resultados que se presentan en las Tablas 7, 8 y 9. Aunque la magnitud de los coeficientes de correlación es media o baja, se dan asociaciones significativas, que difieren en buena medida en función de la situación de la mujer. Como puede observarse en la Tabla 7, entre las mujeres que están conviviendo con el agresor son aquellas con más apoyo social estructural y percibido quienes tienen más autoestima y menos disfunción social. Las que cuentan con mayor variedad de fuentes tienen menos disfunción social y menos somatizaciones, y la indefensión se asocia en alguna medida con el apoyo social estructural.

**TABLA 7.** Correlaciones de las medidas de apoyo social con salud y autoestima. Muestra de mujeres que sufren maltrato actualmente (n = 66).

	Apoyo social percibido	Cantidad	Variedad	Estructura
Somatizaciones	-0,06	-0,05	-0,36*	-0,12
Ansiedad e insomnio	-0,05	0,01	-0,24	-0,08
Depresión grave	-0,07	-0,06	-0,26	-0,02
Disfunción social	-0,58***	-0,05	-0,38*	-0,61***
Indefensión	0,23	0,13	-0,02	0,28*
Número de enfermedades autoinformado	0,10	0,10	-0,19	0,00
Autoestima	0,38**	0,00	0,27	0,39**
Inseguridad	-0,08	-0,01	-0,31	-0,20

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

Entre las mujeres que están en casa de acogida (véase la Tabla 8), las que tienen más apoyo social estructural tienen menos disfunción social y las mujeres que tienen mayor número de enfermedades son las que informan de más apoyo estructural y mayor variedad de fuentes de apoyo. Como puede observarse en la Tabla 9, es en el grupo de mujeres con maltrato anterior donde se dan más asociaciones significativas entre apoyo social y salud, aunque en algunos casos, como en la indefensión, la magnitud es similar a la del resto de los grupos, pero los coeficientes son significativos debido a que el tamaño de la muestra es mayor. En este grupo es el apoyo social percibido el que más se asocia a sintomatología, con menor disfunción social y menos síntomas depresivos, de ansiedad e insomnio, somáticos, menos indefensión y más autoestima en las mujeres con más apoyo social. El apoyo social estructural aparece como menos relevante en la salud de la mujer, con un menor porcentaje de varianza común y no relacionándose con indefensión, autoestima ni sintomatología depresiva. También la variedad de fuentes de apoyo se asocia con salud, con menos disfunción social y menor sintomatología somática, de ansiedad e insomnio, así como con más autoestima y menos inseguridad en las mujeres con más apoyo social. Por último, la cantidad de fuentes de apoyo se asocia con menos inseguridad, sintomatología depresiva y disfunción social.

**TABLA 8.** Correlaciones de las medidas de apoyo social con salud y autoestima. Muestra de mujeres que se encuentran en casa de acogida (n = 39).

	Apoyo social percibido	Cantidad	Variedad	Estructura
Somatizaciones	-0,03	-0,07	-0,14	-0,11
Ansiedad e insomnio	-0,00	-0,13	-0,07	-0,04
Depresión grave	0,05	-0,07	0,26	0,22
Disfunción social	-0,07	-0,09	-0,29	-0,37*
Indefensión	0,25	0,18	-0,07	-0,07
Número de enfermedades autoinformado	0,09	0,36	0,45*	0,42*
Autoestima	-0,05	-0,10	0,21	0,30
Inseguridad	0,16	0,18	0,29	0,26

\*p < 0,05

**TABLA 9.** Correlaciones de las medidas de apoyo social con salud y autoestima. Muestra de mujeres que han sufrido maltrato anteriormente (n = 95).

	Apoyo social percibido	Cantidad	Variedad	Estructura
Somatizaciones	-0,27**	-0,20	-0,35***	-0,23*
Ansiedad e insomnio	-0,34***	-0,18	-0,34**	-0,26*
Depresión grave	-0,34***	-0,30**	-0,22*	-0,14
Disfunción social	-0,41***	-0,27**	-0,43***	-0,30**
Indefensión	-0,20*	-0,12	-0,09	-0,08
Número de enfermedades autoinformado	-0,13	-0,19	-0,15	-0,12
Autoestima	0,22*	0,19	0,34**	0,16
Inseguridad	-0,19	-0,32**	-0,34**	-0,13

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

#### *Comparaciones con un grupo de control*

Para ver en qué medida el nivel de apoyo social percibido y sus relaciones con las variables sociodemográficas y de salud era similar en las mujeres maltratadas respecto a las de la población general, recogimos los datos de un grupo de 200 mujeres que no habían sido maltratadas por su pareja y que no se diferenciaban significativamente del grupo de mujeres maltratadas en las variables sociodemográficas y ocupación. El acceso a esta muestra fue a través de centros laborales y asociaciones de vecinos de la Comunidad Canaria. Aunque ambos grupos no se diferenciaron significativamente en profesión (Chi-cuadrado = 3,6,  $p > 0,05$ ), nivel de estudios (Chi-cuadrado = 0,77,  $p > 0,05$ ), y número de hijos ( $t = -0,53$ ,  $p > 0,05$ ), no nos fue posible encontrar un grupo totalmente equivalente respecto a la situación con su pareja y en la edad. Así, pese a que el porcentaje de solteras, separadas, divorciadas y viudas era muy similar, en el grupo de mujeres maltratadas había más en trámite de separación, separadas de hecho y con pareja de hecho que en el grupo control. A su vez, la edad media de este grupo de mujeres era de cinco años más que la del grupo de mujeres maltratadas. En el grupo control, la media en apoyo social percibido fue de 23,3, muy similar a la del grupo de mujeres con historia de maltrato (la media era de 23,6), pero significativamente mayor que el de las mujeres con maltrato actual y las de casa de acogida ( $F = 4,06$ ,  $p < 0,01$ ). Para conocer si existían áreas concretas en que se daban diferencias entre las mujeres en las diversas situaciones respecto al maltrato, realizamos un análisis discriminante, para el cual agrupamos las que conviven con el agresor y las de casa de acogida, obteniendo así tres grupos: mujeres no maltratadas, mujeres con maltrato anterior y mujeres con maltrato actual o en casa de acogida. Las variables incluidas fueron cada uno de los 12 ítem del cuestionario de apoyo social percibido. De las dos posibles funciones discriminantes, solo una fue estadísticamente significativa (Lambda de Wilks = 0,76,  $p < 0,001$ ) y su correlación canónica fue de 0,46. En la Tabla 10 mostramos las correlaciones entre las variables

discriminantes y la función canónica discriminante (la matriz de estructura). Como puede observarse, las variables que mayor peso tienen son las relativas al apoyo social percibido en el área laboral, familiar, económica y en contar con alguien que le cuide cuando lo necesite. Esta función diferencia a las mujeres no maltratadas (centroide = 0,46) de las que sufren maltrato actual o están en casa de acogida (centroide = -0,79), ocupando un lugar intermedio las mujeres que habían sufrido maltrato anterior (centroide = -0,01). El porcentaje de casos clasificados correctamente fue del 57,5%, clasificándose de forma más exacta las mujeres no maltratadas (el 64,5% de las clasificaciones correctas) y las de maltrato actual o en casa de acogida (el 62,9% de clasificaciones correctas), mientras que la clasificación de las mujeres con maltrato anterior era solo del 36,8%.

**TABLA 10.** Matriz de estructura.

	Función 1	Función 2
4. En problemas laborales	0,48	0,21
5. En problemas familiares	0,46	0,05
3. En problemas económicos	0,40	0,11
8. Quien te cuide	0,54	0,69
1. Quien te escuche	-0,03	0,57
9. En situaciones de estrés	0,16	0,55
12. Quien te quiera realmente	0,10	0,50
10. Con quien salir de casa	0,23	0,49
2. Quien te consuele	0,14	0,42
11. Quien te dé información	-0,05	0,30
6. En problemas de pareja	0,11	0,27
7. Con quien ser tú misma	-0,08	0,25

Respecto a la asociación con las variables sociodemográficas y de salud en el grupo de mujeres no maltratadas, en la Tabla 11 se muestran los coeficientes de correlación. Como puede observarse, aunque la mayoría de los coeficientes son significativos, la magnitud es media o baja, al igual que ocurría en los grupos de mujeres maltratadas por su pareja. Aunque el porcentaje de varianza común es muy bajo (el 3,2%) destaca la tendencia a menor percepción de apoyo social en las mujeres de más edad y mayor número de hijos/as, correlación que es opuesta a la encontrada en los grupos de mujeres maltratadas que viven con el agresor o están en casa de acogida. Pero el patrón de asociación con las diferentes medidas de salud es muy similar al de las mujeres con historia de maltrato, con menos sintomatología depresiva, somática y de ansiedad en las mujeres con mayor percepción de apoyo social. Además, éstas también muestran menos disfunción social, más autoestima y menos inseguridad, asociaciones que en el caso de la disfunción social comparten menos varianza (10,2% frente a 16,8%) que en el caso de las mujeres con historia de maltrato, y menos en el caso de la autoestima y la inseguridad.

**TABLA 11.** Correlaciones del apoyo social percibido con las variables sociodemográficas, de salud y autoestima. Muestra de mujeres de la población general (n = 200).

	Apoyo social percibido
Edad de la mujer	-0,18 **
Número de hijos	-0,18 *
Nivel de estudios <sup>1</sup>	0,08
Somatizaciones	-0,33 ***
Ansiedad e insomnio	-0,28 ***
Depresión grave	-0,38 ***
Disfunción social	-0,32 ***
Número de enfermedades autoinformado	-0,01
Autoestima	0,38 ***
Inseguridad	-0,34 ***

<sup>1</sup>Correlación realizada con Rho de Spearman

\* p < 0,05; \*\* p < 0,01; \*\*\*p < 0,001

### Discusión y conclusiones

En este trabajo hemos analizado varias medidas de apoyo social en un grupo de 200 mujeres maltratadas por su pareja, algunas de las cuales se habían separado del agresor y vivían de forma autónoma, otras se encontraban en casas de acogida y un grupo convivía con el agresor. Hemos encontrado que las mujeres que estaban conviviendo con el agresor tenían menor apoyo social, tanto percibido como estructural, que las mujeres que ya han dejado al agresor y viven de forma autónoma; éstas también contaban con más fuentes de apoyo que las que se encontraban en casas de acogida. Si comparamos el apoyo social percibido por los tres grupos de mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja con aquellas que no han sido maltratadas, destaca que el nivel informado por las mujeres que han sido víctimas de violencia pero que ya viven de forma autónoma es similar al de las mujeres no maltratadas y ambos grupos perciben más apoyo que las mujeres que conviven con el agresor. Todo ello sugiere que el impacto del maltrato en el apoyo social funcional de la mujer puede ser transitorio y que es posible recuperar los niveles habituales una vez que se ha dejado la convivencia con el agresor y se ha conseguido una forma de vida autónoma. Aunque también pudiera suceder que sean las mujeres con más apoyo social percibido las que sean capaces de dejar al agresor y rehacer su vida. Posibilidades que no tienen por qué ser incompatibles pero que, dada la naturaleza transversal del estudio, no podemos conocer.

El grupo de mujeres que convivía con el agresor y el que estaba en casa de acogida se caracterizaban frente al de las mujeres que no habían sido maltratadas por tener menos apoyo percibido en las áreas laboral, familiar, económica y por considerar que no tenían quién les cuidase en caso de enfermedad. En lo que respecta a la percepción de

apoyo social por todo el grupo de las mujeres maltratadas para cada uno de los tipos de apoyo, encontramos que es el área laboral donde es más frecuente que carezcan de apoyo (el 46,9% de las mujeres con empleo decían no tener apoyo), seguida de la financiera, de pareja y familiar, áreas donde carecían de apoyo entre el 30% y el 31,5%. Al menos la cuarta parte de las mujeres decía no tener apoyo en las situaciones de estrés, ni contar con personas con las que ser ellas mismas. Excepto en el caso de los hijos, las amistades y la familia que eran citados en casi todas las áreas, las fuentes de apoyo con las que cuentan parecen ser diferentes en alguna medida en función del tipo de apoyo requerido. Así, cuando necesitan apoyo emocional suelen recurrir a su mejor amiga o a sus hijos/as; en aquellos casos en que requieren apoyo material (problemas económicos) recurren a la familia o a la madre; si son laborales al jefe o a otros profesionales; el apoyo informacional lo obtienen fundamentalmente de profesionales y amistades; y el cuidado lo reciben fundamentalmente de sus hijos/as, de su madre y de su familia en general. También consideramos importante resaltar la relevancia distinta que los hijos/as parecen tener en el apoyo social percibido de la mujer, con una cierta tendencia a mayor apoyo cuantos más hijos/as tiene en el caso de la mujer maltratada y menor en la que no ha sido maltratada.

Un factor que parece ser importante en el apoyo social de la mujer maltratada que convive con el agresor es el nivel de estudios, habiéndose encontrado mayor apoyo estructural a mayor nivel de estudios. También parece ser que la edad de comienzo de la agresión y del maltrato, así como los años de permanencia en la relación se relacionan en alguna medida con el apoyo social de las mujeres que conviven con el agresor, con más apoyo en las que empezaron la relación y comenzaron a ser maltratadas más jóvenes, así como las que llevan más años siendo maltratadas. Además, en este grupo la intensidad del maltrato psicológico se asocia en alguna medida al apoyo social. Todo ello parece sugerir que se ha dado un cierto efecto de “normalización social” en este grupo de mujeres. O podría ser que hayan tolerado y toleren la situación de maltrato porque tienen apoyo social. Por el contrario, en el caso de las mujeres que están en casa de acogida, es el maltrato físico el que se asocia al apoyo social, lo que puede indicarnos que son las mujeres que cuentan con apoyo las que son capaces de buscar una solución alternativa a la agresión física y dejar al maltratador. En todo caso, no podemos olvidar que se trata de un grupo de mujeres que han sido capaces de comunicar su situación de maltrato y han acudido en búsqueda de ayuda, por lo que los citados patrones no pueden generalizarse a toda la población de mujeres maltratadas.

Respecto a la relevancia del apoyo social en la salud mental de la mujer, destaca su efecto positivo en la sintomatología somática, de ansiedad e insomnio y depresión grave, así como en el funcionamiento social de las mujeres que no han sido víctimas de maltrato y en aquellas que, aunque lo han sido, ya viven de forma autónoma. En las que están conviviendo con el agresor, la ausencia de apoyo social se relaciona únicamente con disfunción social, lo que también sucede en el caso del apoyo estructural para las mujeres que están en casa de acogida; entre éstas, las mujeres con mayor número de enfermedades informan de más apoyo social estructural y variedad de fuentes de apoyo. Ello quizá refleje que son las mujeres con peor salud física las que acuden más en demanda de asistencia profesional y también pudiera suceder que sea este tipo de mujeres

la que más respuesta positiva obtiene de las instituciones. Resulta interesante destacar la menor relevancia del apoyo social en la sintomatología de problemas de salud mental en las mujeres que conviven con el agresor o que están en casa de acogida frente a las mujeres que no han sido maltratadas o que lo han sido pero ya no lo sufren. Respecto a la asociación entre apoyo social y autoestima, se da una cierta tendencia a más apoyo en las mujeres con más autoestima, si bien en las que están en casa de acogida no hay relación entre autoestima y apoyo social percibido. Entre las mujeres que no han sido maltratadas y en las que ya no lo son y viven de forma autónoma, las más inseguras tienden a informar de menos apoyo social. Curiosamente, esta tendencia se invierte en las mujeres que están en casa de acogida, aunque las correlaciones son bajas y no son estadísticamente significativas.

Así, los resultados obtenidos indican que el apoyo social es una variable muy relevante en el maltrato a la mujer y parece estar muy asociada con la convivencia con el agresor, con menos apoyo en las mujeres que conviven con él. Pero, aunque los datos parecen indicar su importancia en el mantenimiento de la relación con el maltratador, se desconocen los mecanismos mediadores. Otra incógnita es la distinta relevancia que tiene en la salud en función de la situación relativa al maltrato en que se encuentra la mujer. Otra limitación es la naturaleza transversal del estudio, que solo nos permite hablar de asociación. Todo ello indica la necesidad de seguir profundizando en esta área.

### Referencias

- Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.
- Barnett, P.A. y Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14, 413-445.
- Belle, D. (1987). Gender differences in the social moderators of stress. En R. C. Barnett, L. Biener y G. K. Baruch (eds.), *Gender and stress* (pp. 257-277). Nueva York: Free Press.
- Bobenrieth, M.A. (2002). Normas para la revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.
- Bybee, D. I. y Sullivan, C. (2002). The process through which an advocacy intervention resulted in positive change for battered women over time. *American Journal of Community Psychology*, 30, 103-132.
- Cohen, S. y Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Nueva York: Academic Press.
- Cohen, S. y Wills, T. A. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.

- Davis, M. H. y Morris, M. M. (1998). Relationship-specific and global perceptions of social support: Associations with well-being and attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 468-481.
- Dolbier, C. L. y Steinhardt, M. A. (2000). The development and validation of the sense of support scale. *Behavioral Medicine*, 25, 169-179.
- Duncan, T. E. y Mcauley, E. (1993). Social support and efficacy cognitions in exercise adherence: A latent growth curve analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 16, 199-218.
- Gerin, W., Milner, D., Chawla, S. y Pickering, T.G. (1995). Social support as a moderator of cardiovascular reactivity in women: A test of the direct effects and buffering hypotheses. *Psychosomatic Medicine*, 57, 16-22.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Helgeson, V. S. (1993). Two important distinctions in social support: Kind of support and perceived versus received. *Journal of Applied Social Psychology*, 23, 825-845.
- Hobfoll, S. E. (1986). The ecology of stress and social support among women. En S. E. Hobfoll (ed.), *Stress, social support and women* (pp. 3-14). Nueva York: Hemisphere.
- Holahan, C.J. y Moos, R.H. (1981). Social support and psychological distress: A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 365-370.
- House, J.S. y Kahn, R. L. (1985). Measures and concepts of social support. En S. Cohen y S. L. Syme (eds.), *Social support and health* (pp. 83-108). Nueva York: Academic Press.
- Jemmott, J.B. y Locke, S.E. (1984). Psychosocial factors, immunologic mediation, and human susceptibility to infectious diseases: How much do we now? *Psychological Bulletin*, 95, 78-108.
- Lin, N. (1986). Epilogue: In retrospect and prospect. En N. Lin, A. Dean y W. Ensel (eds.), *Social support, life events, and depression* (pp. 333-342). Orlando: Academic Press.
- Lindorff, M. (2000). Is it better to perceive than receive? Social support, stress and strain for managers. *Psychology, Health & Medicine*, 5, 271-286.
- Matud, M. P. (1998). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de la mujer en Canarias*. Memoria no publicada del Proyecto de investigación del mismo nombre subvencionado por el Instituto Canario de la Mujer.
- Matud, M. P. (1999). *Impacto psicológico del maltrato a la mujer: un análisis empírico*. Memoria no publicada del Proyecto de investigación del mismo nombre subvencionado por el Instituto Canario de la Mujer.
- Matud, M. P. (2001). Estrés y salud: un estudio empírico. *Psicología Iberoamericana*, 9, 17-22.
- Matud, M. P., Carballeira, M., López, M., Marrero, R. J. e Ibáñez, I. (2002). Apoyo social y salud: un análisis de género. *Salud Mental*, 25, 32-37.
- Matud, M. P., Carballeira, M. y Marrero, R. J. (2001). Validación de un inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja: el APCM. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2, 5-17.

- Mitchel, R.E. y Hodson, C.A. (1983). Coping with domestic violence: Social support and psychological health among battered women. *American Journal of Consulting Psychology, 11*, 629-654.
- Mitchel, R.E. y Hodson, C.A. (1986). Coping and social support between battered women: An ecological perspective. En S. E. Hobfoll (ed.), *Stress, social support and women* (pp. 153-169). Nueva York: Hemisphere.
- Montero, I. y León, O.F. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, 2*, 503-508.
- Paykel, E.S. (1994). Life events, social support and depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica, Supp 377*, 50-58.
- Rector, N. A. y Roger, D. (1993, julio). *Self-concept and emotion-control*. Comunicación presentada en el 3 rd Annual Meeting of the European Congress of Psychology. Helsinki.
- Rook, K.S. (1984). The negative side of social interaction: Impact on psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 46*, 1097-1108.
- Schuster, T.L., Kessler, R.C. y Aseltine, R.H. (1990). Supportive interactions, negative interactions, and depressed mood. *American Journal of Community Psychology, 18*, 423-438.
- Seeman, T.E. y Mcewen, B.S. (1996). Impact of social environment characteristics on neuroendocrine regulation. *Psychosomatic Medicine, 58*, 459-471.
- Stansfeld, S.A., Fuhrer, R. y Shipley, M.J. (1998). Types of social support as predictors of psychiatric morbidity in a cohort of British Civil Servants (Whitehall II Study). *Psychological Medicine, 28*, 881-892.
- Thompson, M.P., Kaslow, N.J., Kingree, J.B., Rashid, A., Puett, R., Jacobs, D. y Matthews, A. (2000). Partner violence, social support, and distress among inner-city African American women. *American Journal of Community Psychology, 28*, 127-143.