

Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social

Sara Buesa

Esther Calvete*

Universidad de Deusto, España

ABSTRACT

Violence against women and symptoms of depression and posttraumatic stress: The role of social support. This study evaluated the role of different types of perceived social support (formal, from family, friends and a significant person) in symptoms of depression and posttraumatic stress in women victims of intimate partner violence. The study examined whether social support, both alone and in interaction with the severity of violence, was associated with symptoms, and whether social support predicted the breakup with the abusive relationship in the follow up. The 157 victims that took part in this study completed measures of physical, psychological and sexual abuse, as well as measures of perceived social support. The results showed that only perceived support from a reliable person was associated with lower symptoms of depression and posttraumatic stress. This result is important because, precisely, the victims pointed out that this type of social support was the one that they lacked more. The greatest degree of satisfaction they showed was with formal support, which, despite its lack of association with psychological symptoms, was associated with the break-up with the abusive relationship.

Key words: social support, depression, posttraumatic stress disorder, victims, maltreatment.

RESUMEN

En este estudio se evaluó el papel de diversos tipos de apoyo social percibido (formal, familiar, red social y de una persona significativa) en los síntomas de depresión y estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja. Se evaluó si el apoyo social, solo y en interacción con la violencia experimentada, se asociaba con los síntomas y si el apoyo social predecía la ruptura con la relación abusiva en el seguimiento. Participaron 157 mujeres que completaron medidas de maltrato físico, psicológico y sexual y medidas de apoyo social percibido. Los resultados mostraron que únicamente el apoyo percibido por parte de una persona de confianza se asociaba a menos síntomas de depresión y estrés postraumático, resultado importante porque las participantes informaron que este tipo de apoyo social era del que carecían más. El mayor grado de satisfacción lo mostraron para el apoyo formal, que no se asoció con los síntomas psicológicos pero sí con la ruptura con la relación abusiva.

Palabras claves: apoyo social, depresión, trastorno de estrés postraumático, víctimas, maltrato.

La violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja produce serias consecuencias en la salud mental de sus víctimas (Murphy, 2000), incluyendo con frecuencia cuadros clínicos tales como el trastorno por estrés postraumático (Calvete, Estévez y Corral, 2007; Jones, Hughes y Unterstaller, 2001; Krause, Kaltman, Goodman

* Correspondencia a: Esther Calvete, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Deusto, Apdo. 1, 48080, Bilbao, España. E-mail: esther.calvete@deusto.es. Agradecimientos: este estudio ha sido parcialmente apoyado por una ayuda del Departamento de Educación del Gobierno Vasco (Referencia PI2011-45).

y Dutton, 2008; Kubany, Hill, Owens *et al.*, 2004) y la depresión (Barnett, 2001; Dienemann, Boyle, Baker *et al.*, 2000; Golding, 1999; Mechanic, Weaver y Resick, 2008; Plichta y Falik, 2001). Además, el aislamiento social de las víctimas es un fenómeno muy característico y frecuente (Matud, Aguilera, Marrero, Moraza y Carballeira, 2003), especialmente en los casos de violencia crónica y continuada (Oosthuizen y Wissing, 2005). Para el maltratador mantener a su mujer aislada y dependiente de él es una manera efectiva de control y dominio sobre su vida (Dobash y Dobash, 1998; Stark, 2007). Esto conlleva una merma en la provisión de apoyo social a la víctima, lo cual a su vez puede tener consecuencias adversas para la víctima ya que el apoyo social constituye un factor reconocido de resistencia y protección en situaciones de estrés (Cohen y Wills, 1985).

Lo anterior explica que en la última década se haya producido un aumento de investigaciones acerca del rol del apoyo social en la violencia contra las mujeres. Los resultados de los estudios realizados sugieren que el apoyo social desempeña un papel central en el bienestar y la salud mental de estas mujeres. A este respecto, inspirándose en el trabajo clásico de Cohen y Wills (1985) se han propuesto fundamentalmente dos perspectivas diferentes: el modelo del efecto principal y el modelo del efecto amortiguador del estrés.

Por un lado, el modelo del efecto principal postula que el apoyo social contribuye a la salud psicológica de las mujeres independientemente del grado o severidad del abuso sufrido. Esto se ve apoyado por diversos estudios han mostrado que el apoyo social se asocia con el bienestar general de las víctimas (Theran, Sullivan, Bogat y Steward, 2006) y con su salud mental, incluyendo menos síntomas de depresión, intentos de suicidio y estrés postraumático (Coker, Smith, Thompson *et al.*, 2002; Bradley, Schwartz y Kaslow, 2006; Graham-Bermann, DeVoe, Mattis, Lynch y Thomas, 2006; Kocot y Goodman, 2003; Meadows, Kaslow, Thompson y Jurkovic, 2005). Por otro lado, el modelo del efecto moderador se basa en la premisa de que el apoyo social es un factor amortiguador para las mujeres que sufren malos tratos. Esto es, el maltrato puede tener un impacto diferencial en el bienestar de las mujeres en función de su nivel de apoyo social percibido (Beeble, Bybee, Sullivan y Adams, 2009). Numerosos estudios han dado apoyo a esta perspectiva, mostrando, al analizar la interacción entre el apoyo social y la violencia, que el apoyo social es un importante factor de resiliencia para las víctimas de violencia doméstica, que reduce sus niveles de ansiedad, el riesgo de suicidio y los síntomas de estrés postraumático (Brewin, Andrews y Valentine, 2000; Carlson, McNutt, Choi y Rose, 2002; Coker *et al.*, 2002; Coker, Watkins, Smith y Brandt, 2003; Kaslow, Thompson, Meadows *et al.*, 1998). Se ha sugerido que esta influencia amortiguadora del apoyo social es menor cuando el abuso es muy severo (Carlson *et al.*, 2002).

La mayor parte de los estudios realizados en este ámbito se han centrado en el papel del apoyo social informal (Coker *et al.*, 2002). Éste puede definirse como la creencia de que otros se preocupan por una, la estiman y la valoran, en una red de obligación común y mutua (El-Bassel, Gilbert, Rajah, Folleno y Frye, 2001) e incluye las relaciones con familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc. En contraste, el rol del apoyo social formal, es decir, del grado de asistencia o ánimo que una mujer maltratada recibe de personas con las que contacta, o que contactan con ella, cuando

su relación está basada en responsabilidades profesionales hacia ella (Belknap, Melton, Denney, Fleury-Steiner y Sullivan, 2009), ha sido relativamente descuidado. No existen apenas estudios que evalúen conjuntamente el rol de ambos tipos de apoyo. Una excepción es el estudio de Belknap *et al.* (2009), quienes encontraron que el apoyo social informal tiene un impacto mucho mayor en el bienestar emocional y la salud mental de las víctimas que el apoyo social institucional. Por otra parte, además de su papel en la salud mental y emocional de las mujeres, el apoyo social juega un rol muy importante en la seguridad de las mismas (Goodman y Smyth, 2011). En concreto, el apoyo social puede mejorar las habilidades de las mujeres para acceder a recursos que les pueden ayudar a protegerse del maltrato (Bosch y Schumm, 2004; Bybee y Sullivan, 2005; Goodkind, Gillum, Bybee y Sullivan, 2003; Sullivan y Bybee, 1999). El apoyo social también puede favorecer la ruptura con la relación abusiva (Goodman, Dutton, Vankos y Weinfurt, 2005; Hage, 2006; Zlotnick, Jonson y Kohn, 2006) y la prevención de nuevas victimizaciones (Bender, Cook y Kaslow, 2003; Sepúlveda, Troncoso y Álvarez, 1998).

El análisis comparativo entre el apoyo informal y el formal revela que las mujeres víctimas de violencia de género tienden a recurrir con mayor frecuencia a su red de apoyo informal (Horton y Johnson, 1993), especialmente a amistades y a personas cercanas de su red familiar (Flinck, Paavilainen y Astedt-Kurki, 2005; Ingram, 2007; Waalen, Goodwin, Peterson y Saltzman, 2000; Waldrop y Resick, 2004). Entre las razones para recurrir preferentemente a las fuentes de apoyo informal se encuentran la preocupación por la reacción del agresor, el miedo a perder la custodia de los hijos (Laughon, 2007; Sullivan, 2011) y la preocupación por las consecuencias inesperadas o no deseadas que pueden desencadenarse de forma irreversible si acuden a servicios formales (Bograd, 1999; Sabina y Tindale, 2008).

Diversos estudios concluyen que, en general, las mujeres suelen recurrir en mayor medida al apoyo formal cuando el maltrato es continuo y se vuelve más severo. Parece que en esos momentos, cuando las mujeres perciben una amenaza a su integridad física y toman conciencia del potencial letal del abuso, adoptan estrategias de afrontamiento tales como romper la relación, denunciar o acudir a las instituciones a pedir ayuda (Hadeed y El-Bassel, 2006). En esta línea, algunas investigaciones han demostrado que el apoyo social de tipo formal afecta a la manera en la que las víctimas afrontan el abuso, influyendo en su decisión de romper con una relación de maltrato y en su recuperación de la misma (Campbell, Sullivan y Davidson, 1995; Follingstad, Brennan, Hause, Polek y Rutledge, 1991) y reduciendo el riesgo futuro de violencia (Sullivan y Bybee, 1999). En relación con esto, en uno de los pocos estudios que han examinado la relación entre el apoyo social y las relaciones de las mujeres con sus parejas abusivas, Belknap y colaboradores (2009) encontraron que las mujeres que permanecían con sus parejas percibían tener menos apoyo por parte de amistades y significativamente menos apoyo institucional.

El presente estudio evalúa el papel del apoyo social percibido, tanto a nivel formal como informal, diferenciando dentro de este último entre el apoyo familiar, social y por parte de una persona significativa. En concreto, se analiza el grado en el que las mujeres víctimas de maltrato perciben contar con los distintos tipos de apoyo. Asimismo, se estudia la asociación entre el apoyo social percibido y los síntomas

psicológicos de depresión y estrés postraumático de estas mujeres, analizando si esta asociación depende de la severidad del maltrato. Además, se estudia la relación entre el apoyo social percibido y numerosas características de las mujeres, incluyendo si estas permanecen en la relación abusiva o si se han desvinculado de la misma, la edad, el número de hijos y el nivel educativo. Por último, se evalúa la asociación entre el apoyo social percibido y la situación de las mujeres en cuanto a la ruptura con la relación de maltrato en el seguimiento.

En general, se esperaba encontrar niveles bajos de apoyo social percibido. Se partió de la hipótesis de que el apoyo social moderaría la relación entre el maltrato y los síntomas psicológicos, de tal modo que la asociación entre maltrato y síntomas sería menor cuando el apoyo social percibido es más alto. Asimismo, se esperaba encontrar menores niveles de apoyo social percibido de todos los tipos en el caso de las mujeres que permanecían en las relaciones abusivas, frente a las mujeres que habían roto con sus parejas. Finalmente, se preveía una asociación positiva entre el apoyo social percibido y la ruptura con la relación abusiva.

MÉTODO

Participantes

La muestra de este estudio, recogida entre los años 2005 y 2007, estuvo compuesta por mujeres atendidas en el Servicio de Asistencia a la Víctima de Álava. Se trata de un servicio público y gratuito que ofrece orientación jurídica, atención social y apoyo psicológico a las víctimas de delitos. En concreto, en este estudio participaron 157 mujeres víctimas de malos tratos a manos de sus parejas, que solicitaron recibir asistencia psicológica para afrontar su experiencia de victimización.

La edad media de las mujeres era de 35,95 ($DT= 11,06$). El 32,7% de las mujeres se hallaban casadas, el 14,1% estaban separadas, el 4,5% divorciadas y el 14,1% en proceso de separación. El 28,8% de las mujeres eran solteras. En cuanto al nivel de estudios, un 22,4% de la muestra tenía estudios universitarios, un 24,4% había completado bachillerato y un 34% de la muestra contaba con estudios primarios. La mayoría de las mujeres trabajaban fuera de casa (61,5%) frente a un 13,5% que se dedicaban a las labores del hogar. Un 14,1% se encontraban en paro y un 3,8% eran estudiantes. Las participantes del estudio tenían una media de 1,3 hijos ($DT= 0,94$). En la mayoría de los casos (60,9%), los hijos comunes de las mujeres y sus agresores no habían sufrido malos tratos, aunque en un 16,7% el maltrato sí se había hecho extensivo a ellos.

Respecto a la relación con los agresores, un 86,4% de las participantes habían roto la relación de pareja, mientras que un 13,5% de las mujeres continuaban conviviendo con sus parejas abusivas. En los casos de las participantes que habían roto con sus agresores, la ruptura de la relación era reciente. Así, en un 48,5% de los casos, se había producido hacía menos de un mes y en un 31,3% entre 1 y 6 meses antes. El 3,7% de las mujeres había roto la relación de pareja entre 6 meses y 1 año antes y un 16,5% de las mujeres hacía más de un año que habían roto la relación con sus agresores. En

cuanto a la duración de la relación abusiva, la media de la misma era de 11,09 años ($DT= 10,95$). Por su parte, las conductas abusivas se habían producido durante una media de 9,16 años ($DT= 10,96$). Un 74,2% de las participantes en el estudio habían interpuesto denuncia por el maltrato sufrido, mientras que un 25,8% no lo habían hecho.

Instrumentos

Se utilizaron en el estudio los siguientes instrumentos:

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (*Multidimensional Scale of Perceived Social Support* -MSPSS; Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988). El MSPSS evalúa la percepción subjetiva que tienen las personas del apoyo social informal con el que cuentan. Esta escala está compuesta por 12 ítems que evalúan el apoyo que se percibe que está disponible por parte de familia (ej., *Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia; Mi familia está dispuesta a ayudarme a tomar decisiones*), amistades (ej., *Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías; Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal*) y otras personas significativas (ej., *Hay una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos; Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí*). Los ítems se valoran empleando una escala de respuesta que oscila entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo). Esta escala ha mostrado tener una buena fiabilidad y validez, obteniendo coeficientes alpha de entre .84 y .92 en diversas muestras americanas (Zimet, Powell, Farley, Werkman y Berkoff, 1990). La versión de la escala adaptada al castellano con muestra española obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach de .89 (Landeta y Calvete, 2002). Para este estudio se elaboraron 4 ítems adicionales para la evaluación del apoyo formal percibido, redactados a semejanza de los ítems de la escala original (ej., *Existen en el lugar donde vivo servicios o recursos a los que puedo acudir en busca de ayuda; Los profesionales a los que he recurrido realmente han tratado de ayudarme*). Los coeficientes alpha encontrados son de .96 para las subescalas de apoyo familiar y apoyo por parte de amistades, y de .90 para la subescala de apoyo por parte de una persona significativa. Por su parte, la subescala de apoyo formal ha obtenido un coeficiente alpha de .89.

Escalas de Tácticas de Resolución de Conflictos Revisadas (*The Revised Conflict Tactics Scales* -CTS2; Straus, Hamby, McCoy y Sugarman, 1996). El CTS2 es el instrumento más conocido y empleado en la investigación sobre maltrato. Su fiabilidad y validez han sido refrendadas en numerosos estudios, con todo tipo de muestras y poblaciones, incluyendo muestra española (Calvete, Corral y Estevez, 2007). Las participantes señalan con qué frecuencia su pareja llevó a cabo los diversos comportamientos en los últimos 12 meses, utilizando una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos (0= no ha pasado antes, 6= ocurrió más de 20 veces el año pasado). En este estudio se incluyen 3 de las subescalas que conforman esta herramienta: la escala de Agresión Psicológica, de 8 ítems, que incluye actos de violencia verbal y actos de violencia no verbal (ej., *Mi pareja salió furiosa de la habitación durante una riña*), la escala de Agresión Física, de 12 ítems, que se refiere al uso de la violencia física para manejar los conflictos (ej., *Mi pareja me dio una patada*) y la escala de Coerción Sexual, de 7 ítems, que evalúa el uso de la coerción para forzar a la pareja a tomar parte en una actividad sexual no deseada (ej., *Mi pareja me forzó para tener sexo*). Los coeficientes alpha encontrados para esta escala son de .77, .93 y .88 para las subescalas de agresión

psicológica, física y sexual, respectivamente y .94 para la escala total.

Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory* -BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). El BDI-II es un instrumento de 21 ítems que evalúa síntomas cognitivos, afectivos, motivacionales y fisiológicos de la depresión. Cada uno de los ítems se puntúa empleando una escala que oscila entre 0 (ausencia del síntoma) y 3 (síntoma severo). Una gran cantidad de estudios ha demostrado que el BDI-II tiene una consistencia interna elevada y una validez convergente entre moderada y fuerte con otras medidas de depresión, tanto en muestras clínicas como en muestras no clínicas (Steer y Beck, 2000). En esta investigación se ha empleado la versión traducida al castellano por Vázquez (Vázquez y Sanz, 1997), que ha demostrado tener propiedades psicométricas excelentes en estudios realizados con diversas muestras (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003; Sanz, Perdígón y Vázquez, 2003). En este estudio, el coeficiente alpha encontrado para esta escala es de .87

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa y Zubizarreta, 1997). Esta escala consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV para el Trastorno de Estrés Postraumático, y sirve para evaluar los síntomas de este cuadro clínico en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. 5 ítems hacen referencia a los síntomas de re-experimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de aumento de la activación. Está estructurada en un formato de respuesta tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas (0= nada, 1= poco, una vez por semana o menos, 2= bastante, de 2 a 4 veces por semana, 3= mucho, 5 o más veces por semana). El rango es de 0 a 51 en la escala global. Este instrumento cuenta además con una subescala complementaria de Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad, que se compone de 13 ítems con una escala de tipo Likert de la misma estructura (rango: 0-39) y que puede ayudar a diferenciar entre distintos tipos de víctimas y a orientar al terapeuta en la elección de estrategias terapéuticas. Se requiere la presencia de al menos un síntoma de re-experimentación, tres de evitación y dos en activación para cumplir el criterio diagnóstico de TEP. En cuanto a la gravedad, el punto de corte propuesto para la escala global es de 15. En relación con las subescalas parciales, los puntos de corte para la re-experimentación son 5 puntos, para la evitación 6 puntos y para el aumento de la activación, 4 puntos (Echeburúa y Corral, 1998). Echeburúa *et al.* (1997) encontraron un coeficiente de fiabilidad test-retest de .89 y un coeficiente alfa de Cronbach de .92. En estudios recientes llevados a cabo con muestras de mujeres víctimas de maltrato, los coeficientes alpha fueron .92 y .90 para la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y para la subescala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad, respectivamente (Calvete *et al.*, 2007). En el presente estudio, los coeficientes alpha encontrados han sido de .88, .82 y .84 para las subescalas de re-experimentación, evitación y aumento de la activación, respectivamente.

Procedimiento

Las participantes completaron los cuestionarios a lo largo de entrevistas individualizadas, como fase de evaluación previa, en un contexto terapéutico. Asimismo, se recogieron en este estudio algunos datos de seguimiento y evolución de las mujeres a los 6 meses de la evaluación inicial. Estos incluyeron información acerca de si las participantes retomaron o no su relación de pareja con el agresor o si rompieron o no con la relación abusiva, en caso de que permanecieran en ella. Se solicitó el consen-

timiento informado de las participantes tras informarles acerca del objetivo del estudio y de las condiciones de participación (voluntariedad, confidencialidad y anonimato).

Análisis de datos

Para evaluar el papel del apoyo social como moderador de la relación entre violencia y síntomas psicológicos empleamos *path analysis* con Lisrel 8.8. Debido a que los análisis preliminares con los tres tipos de violencia (física, psicológica y sexual) condujeron a resultados similares, los resultados que se presentan están basados en la puntuación total de violencia, incluyendo las tres modalidades. El modelo se estimó empleando el método de máxima verosimilitud dado que la distribución de las variables era adecuada. Siguiendo las recomendaciones de Hu y Bentler (1999) para modelos obtenidos con muestras pequeñas ($N < 250$), la bondad del ajuste se evaluó con el CFI (*Comparative Fit Index*; valores de .95 o mayores indican que el modelo se ajusta bien a los datos) y el SRMR (*Standardized Root-Mean-Square Residual*; valores de .08 o menos indican un buen ajuste). Además, empleamos el ratio entre χ^2 y sus grados de libertad como un indicador adicional para valorar el modelo (Byrne, 1998). Cuando este ratio es ≤ 2 indica que el modelo es aceptable.

El modelo incluyó coeficientes entre la puntuación de violencia, los cuatro tipos de apoyo social (familiar, red social, persona íntima, formal) y los síntomas de depresión y TEP. El modelo incluyó además coeficientes entre los términos de interacción entre cada tipo de apoyo social y violencia y los síntomas psicológicos. Para calcular los términos de interacción empleamos el procedimiento descrito por Little, Bovaird y Widaman (2006). Siguiendo este método, primero se crearon los términos de interacción multiplicando las dos variables (e.g., apoyo familiar y violencia). Para cada producto se realizó un análisis de regresión incluyendo como variables predictoras las dos variables (apoyo familiar y violencia). Se guardaron los residuos de esta regresión y se emplearon como indicador del término de interacción. Este procedimiento se siguió para cada uno de los cuatro términos de interacción del modelo.

Para la obtención de porcentajes, correlaciones y comparaciones de medias se empleó el programa SPSS-16. Finalmente, se empleó un análisis de regresión logística para estudiar la relación entre los cuatro tipos de apoyo social y el estatus de la víctima en cuanto a ruptura con la relación abusiva en el seguimiento.

RESULTADOS

Se compararon las puntuaciones en el MSPSS con las obtenidos en el estudio adaptación y validación al castellano de dicho instrumento (Landeta y Calvete, 2002). Según estos datos de referencia los porcentajes de mujeres que experimentaron percepciones de bajo apoyo social (percentil < 25) fueron 30,3% para apoyo de la familia, 29,7% para amigos en general y 72,9% para apoyo de una persona de confianza. Se examinaron posibles diferencias en percepción de apoyo social según si la víctima con-

vivía ($n= 21$) o estaba separada del maltratador en el momento de inicio del estudio ($n= 135$). El análisis de la varianza indicó que no había diferencias en ninguno de los tipos de apoyo social. Sin embargo, se encontró que entre las mujeres separadas del maltratador el tiempo transcurrido desde la separación correlacionaba significativamente con la percepción de apoyo formal ($r= .24, p <.01$), percepción de apoyo por parte de una persona de confianza ($r= .36, p <.001$), y de la red social ($r= .18, p <.05$). Asimismo, la edad de la mujer correlacionó significativamente con la percepción de apoyo formal ($r= .16, p <.05$). Cuando se compararon las puntuaciones en apoyo social percibido en función del nivel educativo de la víctima la única diferencia estadísticamente significativa se obtuvo para el apoyo social familiar, en el que las mujeres con estudios universitarios puntuaron más alto que las mujeres con estudios primarios ($M= 22,08, DT= 5,83$ versus $M= 17,21, DT= 6,64; p= .003$). La percepción de apoyo social no correlacionó significativamente con el número de hijos y duración de la relación abusiva.

Además, como cada tipo de apoyo social se evaluó con una subescala consistente en el mismo número de ítems y rango de respuestas, se realizó un análisis de la varianza de medidas repetidas para evaluar las diferencias entre tipos de apoyo social percibido. Los resultados, que pueden observarse en la tabla 1, indicaron que el apoyo formal fue el más alto y el de una persona significativa el más bajo. El apoyo formal percibido fue significativamente mayor que el apoyo por parte de la familia, $F(1,154)= 5,39, p <.022$, y que el apoyo por parte de una persona significativa, $F(1,154)= 174, p <.001$. El apoyo de una persona significativa fue menor que todos los demás ($p <.001$ para todos los contrastes).

Se estimó un modelo de *path analysis* para evaluar el papel moderador del apoyo social en la relación entre violencia y síntomas psicológicos. La tabla 2 muestra los resultados del modelo. La violencia se asocia significativamente a más síntomas tanto de TEP como de depresión. Sólo el apoyo de una persona íntima se asocia significativamente a menos síntomas de TEP y de depresión. Ninguna moderación es significativa, indicando que el papel del apoyo social es independiente de la magnitud de la violencia experimentada. Este modelo fue reestimado con sólo los coeficientes significativos. El ajuste del modelo fue excelente, $\chi^2 (13, N= 156)= 22, p= .92, CFI= 1, SRMR= .029$.

Finalmente, se empleó una regresión logística para estudiar la relación entre los cuatro tipos de apoyo social y el *status* de la víctima en cuanto a ruptura con la relación abusiva en el seguimiento al de 6 meses. En este modelo la variable criterio fue seguir o romper la relación en tipo de codificación *dummy* (0,1) y las variables predictoras fueron cuatro los tipos de apoyo social (persona significativa, familia, relaciones sociales y formal). El modelo fue significativo ($\chi^2= 23,49, p <.001$). La bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow obtuvo una χ^2 de 9,82 ($p >.05$). La R^2 de Nagelkerke para el

Tabla 1. Descriptivos de los diversos tipos de apoyo social percibido.

Tipos de apoyo social	Media	DT
Apoyo Formal	21,91	2,70
Apoyo familiar	18,89	6,49
Apoyo de persona significativa	12,73	5,98
Apoyo de red social	18,43	5,40

modelo de regresión fue .23. El modelo clasificó correctamente el 30,8% de las mujeres que siguieron o volvieron a la relación y el 92,9% de las mujeres que rompieron la relación (75,4% porcentaje global). Los datos específicos para cada tipo de apoyo social se presentan en la tabla 3. Como puede observarse solamente el apoyo social formal se relacionó significativamente con la ruptura de la relación.

Tabla 2. Apoyo social, violencia y síntomas psicológicos en las víctimas.

Predictor	Depresión	TEP
Violencia	.19*	.38**
Apoyo formal	-.01	-.10
Apoyo familiar	-.03	-.09
Apoyo de persona significativa	-.29**	-.23**
Apoyo red social	-.08	.10
Violencia x apoyo formal	.02	-.04
Violencia x apoyo familiar	.01	.03
Violencia x apoyo de persona especial	-.08	.05
Violencia x apoyo red social	-.10	.02

* = $p < .05$; ** = $p < .001$

Tabla 3. Análisis de regresión logística para la ruptura utilizando como predictores los distintos tipos de apoyo social.

Predictor	B	E.T.	χ^2 de Wald	Gl	Odds ratio	p
Apoyo de persona especial	-0.04	0.04	0.31	1	0.96	.253
Apoyo familiar	-0.04	0.04	1.10	1	0.96	.295
Apoyo red social	0.08	0.04	3.66	1	1.08	.056
Apoyo formal	0.38	0.10	13.86	1	1.46	.000

DISCUSIÓN

Uno de los objetivos principales del estudio consistió en analizar el papel del apoyo social percibido en la sintomatología que presentan las mujeres víctimas de maltrato. Al igual que en estudios anteriores, la violencia sufrida por las mujeres de la muestra de este estudio se asocia significativamente tanto con la aparición de síntomas depresivos como con el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (Calvete *et al.*, 2007; Golding, 1999; Jones *et al.*, 2001; Plichta y Falik, 2001). Sin embargo, los resultados obtenidos en este estudio indican que el papel del apoyo social es limitado ya que únicamente el apoyo social informal por parte de una persona significativa parece tener un impacto relevante. Este resultado es consistente con aquellos estudios que muestran cómo las mujeres víctimas de violencia conyugal prefieren recurrir a personas muy cercanas de su red de apoyo para solicitar ayuda y hablar sobre el tema (Flinck *et al.*, 2005; Frost, 1999; Ingram, 2007; Johnson y Ferraro, 2000; Waalen *et al.*, 2000; West,

Kaufman, Kantor y Jasinski, 1998), así como con los hallazgos del estudio de Belknap y colaboradores (2009) respecto al papel fundamental del apoyo social informal en el bienestar y la salud mental de estas mujeres.

De esta forma, el apoyo por parte de una persona significativa se perfila como el apoyo más importante para el bienestar psicológico de las mujeres. En concreto, se aprecia de forma consistente cómo este apoyo se asocia significativamente a una menor presencia de depresión y estrés postraumático en las mujeres víctimas de maltrato. Además, el hecho de que el efecto de la interacción entre maltrato y apoyo social no fuera estadísticamente significativa indica que su papel es independiente de la intensidad del maltrato experimentado.

Es importante contrastar este hallazgo con el hecho de que precisamente este tipo de apoyo social es el que las mujeres manifiestan tener en menor medida. En concreto, un 72,9% de las víctimas manifiesta carecer de apoyo por parte de una persona significativa, mientras que el porcentaje de mujeres con escaso apoyo social percibido por parte de su familia o amigos se sitúa en torno al 30%. Esto trae consigo implicaciones importantes para la intervención, en el sentido de que sería conveniente potenciar que las víctimas busquen una persona de confianza que pueda cumplir ese rol de apoyo. Por otra parte, el apoyo social formal resultó tener poco o nulo impacto en el bienestar psicológico de las víctimas, a pesar de ser percibido por las mujeres como el mayor apoyo con el que contaban.

A pesar de la falta de asociación entre apoyo social formal y síntomas psicológicos, este tipo de apoyo se relacionó significativamente con la ruptura de la relación de maltrato, mientras que los demás tipos de apoyo no lo hicieron. Esto implica que el hecho de contar con recursos y medios de apoyo a nivel institucional es clave para que las mujeres abandonen sus relaciones abusivas. Esto es congruente con los resultados de las investigaciones que muestran la importancia del apoyo social de tipo institucional en el afrontamiento que las mujeres víctimas hacen de su situación. Estas investigaciones sugieren que si el apoyo que las víctimas reciben en los servicios y recursos de la comunidad es inadecuado, se contribuye a menudo a que permanezcan en las relaciones abusivas (Barnett, 2001; Hadeed y El-Bassel, 2006). Por lo tanto, las políticas de intervención orientadas a la dotación de recursos y servicios son muy necesarias y útiles.

Finalmente, en cuanto al papel de las demás variables contempladas en este estudio, ni el número de hijos, ni la duración de la relación abusiva ni el nivel de estudios han resultado tener una influencia relevante en el apoyo social percibido por las mujeres.

Tampoco se han encontrado diferencias significativas en la percepción de apoyo entre las mujeres que permanecían en la relación abusiva y las que habían roto la misma en el momento de la evaluación. Sin embargo, el tiempo transcurrido desde la separación sí ha resultado incidir en el apoyo social percibido, tanto formal, como de una persona de confianza y por parte de amistades. Parece que a medida que las mujeres toman distancia de la relación abusiva aumenta su conciencia de la disponibilidad de apoyos. Esto tiene sentido si se tiene en cuenta que el verse envuelta en una relación de maltrato y el desvincularse y recuperarse de la misma es un proceso (Landenburger, 1989). De este modo, es posible que algunas de las barreras que inciden en el aislamiento de las mujeres víctimas, tales como los sentimientos de vergüenza (Dunham y

Senn, 2000; Rose, Campbell y Kub, 2000) o las dificultades derivadas de su propia situación psicológica y cognitiva (DePrince, Labus, Belknap, Buckingham y Gover, 2012), estén más presentes en un primer momento cuando se produce la ruptura y que vayan desapareciendo a medida que la mujer se recupera.

Este estudio no está exento de limitaciones. La principal limitación se deriva de la naturaleza de la muestra. Dado que el estudio se realizó en un contexto terapéutico, esto pudo influir en la valoración positiva del apoyo social formal. Sería necesario replicar este estudio con muestras que incluyan víctimas en contextos diferentes. Asimismo, la falta de resultados de moderación puede deberse a que la muestra de este estudio está compuesta prácticamente en su totalidad por mujeres víctimas de un maltrato severo. La pequeña variabilidad en la variable maltrato pudo influir en la falta de significación estadística para los términos de interacción (Goodman *et al.*, 2005; Liang *et al.*, 2005). Finalmente, el estudio de la asociación entre apoyo social y síntomas psicológicos se basó en datos transversales y metodológicamente sería deseable replicar estos resultados mediante un seguimiento que incluya la evolución de dichos síntomas a lo largo del tiempo. Por ejemplo, los resultados obtenidos no permiten demostrar si el apoyo social percibido por parte de una persona relevante conduce a menos síntomas de depresión y estrés postraumático o si, por el contrario, son los síntomas los que llevan a percibir menos apoyo social.

A pesar de estas limitaciones, el estudio contribuye a nuestro conocimiento del papel del apoyo social en las víctimas de violencia por parte de la pareja. Se trata, en nuestro conocimiento, del primer estudio en nuestra cultura que examina simultáneamente el papel del apoyo social formal e informal en los síntomas de depresión y estrés postraumático. Además, los resultados contribuyen a mostrar que los apoyos formales e informales cumplen diferentes funciones. Así, mientras los primeros resultan fundamentales para la toma de decisión de ruptura con la relación de maltrato, los segundos, en este caso el apoyo por parte de una persona significativa, son los que tienen mayor influencia en el bienestar psicológico de las mujeres víctimas de maltrato. Precisamente este tipo de apoyo, que tiene gran relevancia para la salud mental de las víctimas, es el que las mujeres perciben tener en menor medida. Estos resultados suponen una contribución importante de cara a la intervención en este ámbito. Por un lado, apuntan a la necesidad de mantener las políticas de dotación de recursos institucionales para apoyar a las mujeres en la desvinculación de sus parejas abusivas. Por otro lado, subrayan la conveniencia de fomentar en el ámbito clínico iniciativas orientadas al establecimiento de redes de apoyo informal. Sería de interés profundizar en futuras investigaciones en este papel del apoyo social informal como elemento de mejora de la salud mental y emocional de las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja.

REFERENCIAS

- Barnett OW (2001). Why battered women do not leave, part 2. External inhibiting factors-social support and internal inhibiting factors. *Trauma, Violence and Abuse*, 2, 3-35.
- Beck AT, Steer RA y Brown GK (1996). *Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beeble M, Bybee D, Sullivan C y Adams A (2009). Main, Mediating and Moderating Effects of Social Support on the Well-Being of Survivors of Intimate Partner Violence Across 2 Years. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 718-729.
- Belknap J, Melton H, Denney J, Fleury-Steiner R y Sullivan C (2009). The Levels and Roles of Social and Institutional Support Reported by Survivors of Intimate Partner Violence. *Feminist Criminology*, 4, 377.
- Bender M, Cook S y Kaslow N (2003). Social support as a mediator of revictimization of low-income African American women. *Violence and Victims*, 18, 419-431.
- Bograd M (1999). Strengthening domestic violence theories: Intersections of race, class, sexual orientation, and gender. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25, 275-289.
- Bradley R, Schwartz AC y Kaslow NJ (2006). Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: self-esteem, social support, and religious coping. *Journal of traumatic stress*, 18, 685-96.
- Brewin CR, Andrews B y Valentine JD (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Bosch K y Schumm WR (2004). Accessibility to resources: Helping rural women in abusive partner relationships become free from abuse. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30, 357-370.
- Buesa S y Calvete E (2011). Adaptación de la escala de abuso psicológico sutil y manifiesto a las mujeres en muestra clínica y de la comunidad. *Anales de Psicología*, 27, 774-782.
- Bybee D y Sullivan CM (2005). Predicting re-victimization of battered women 3 years alter exiting a shelter program. *American Journal of Community Psychology*, 36, 85-96.
- Byrne B (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Calvete E, Corral S y Estévez A (2007). Factor structure and validity of the Revised Conflict Scales for Spanish Women. *Violence Against Women*, 13, 1072-1087.
- Calvete E, Estévez A y Corral S (2007). Estrés Postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psycothema*, 19, 446-451.
- Campbell R, Sullivan CM y Davidson WS (1995). Women who use domestic violence shelters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 237-255.
- Carlson BE, McNutt LA, Choi D y Rose I (2002). Intimate partner abuse and mental health: The role of social support and other protective factors. *Violence Against Women*, 8, 720-745.
- Cohen S y Wills TA (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98, 310-357.
- Coker A, Smith P, Thompson M, Mckeown R, Bethea L y Davis K (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health and Gender-based Medicine*, 11, 465-476.
- Coker AL, Watkins KW, Smith PH y Brandt HM (2003). Social support reduces the impact of partner violence on health: Application of structural equation models. *Preventative Medicine*, 37, 259-267.
- DePrince A, Labus J, Belknap J, Buckingham S y Gover A. (2012). The Impact of Community-Based Outreach on Psychological Distress and Victim Safety in Women Exposed to Intimate Partner Violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 211-221.
- Dienemann J, Boyle E, Baker D, Resnick W, Wiederhorn N y Campbell J (2000). Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues in Mental Health Nursing*, 21, 499-513.

- Dobash RE y Dobash R (1998). *Rethinking violence against women*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dunham K y Senn CY (2000). Minimizing negative experiences: Women's disclosure of partner abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 251-261.
- Echeburúa E y Corral P (1998). *Manual de Violencia Familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa E, Corral P, Amor P, Sarasúa B y Zubizarreta I (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta, 23*, 503-526.
- El-Bassel N, Gilbert L, Rajah V, Folleno A y Frye V (2001). Social support among women in methadone treatment who experience partner violence: Isolation and male controlling behavior. *Violence Against Women, 7*, 246-275.
- Flinck A, Paavilainen E y Astedt-Kurki P (2005). Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal of Clinical Nursing, 14*, 383-393.
- Follingstad DR, Brennan AF, Hause ES, Polek DS y Rutledge LL (1991). Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *Journal of Family Violence, 6*, 81-95.
- Frost L (1999). Women, Appearance and Mental Health. En J Arthurs y J Grimshaw (Eds.), *The Body in Culture, History and Society*. London: Cassel.
- Golding JM (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14*, 99-132.
- Goodkind JR, Gillum TL, Bybee DI y Sullivan CM (2003). The impact of family and friends' reactions on the well-being of women with abusive partners. *Violence Against Women, 9*, 347-373.
- Goodman L, Dutton MA, Vankos N y Weinfurt K (2005). Women's resources and use of strategies as risk and protective factors for reabuse over time. *Violence Against Women, 11*, 311-336.
- Goodman L y Smyth K (2011). A Call for a Social Network-Oriented Approach to Services for Survivors of Intimate Partner Violence. *Psychology of Violence, 1*, 79-92.
- Graham-Bermann S, DeVoe E, Mattis J, Lynch S y Thomas S (2006). Ecological predictors of traumatic stress symptoms in caucasian and ethnic minority children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women, 12*, 662-692.
- Hadeed L y El-Bassel N (2006). Social support among Afro-Trinidadian women experiencing intimate partner violence. *Violence Against Women, 12*, 740-760.
- Hage SM (2006). Profiles of women survivors: The development of agency in abusive relationships. *Journal of Counseling and Development, 84*, 83-94.
- Horton AL y Johnson B (1993). Profile and Strategies of Women Who Have Ended Abuse. *Journal of Contemporary Human Services, 481-492*.
- Hu L y Bentler PM (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling 6*, 1-55.
- Ingram EM (2007). A comparison of help seeking between latino and non-latino victims of intimate partner violence. *Violence Against Women, 13*, 159-171.
- Johnson MP y Ferraro KJ (2000). Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. *Journal of Marriage and the Family, 62*, 948-963.
- Jones L, Hughes M y Unterstaller U (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence and Abuse, 2*, 99-119.
- Kaslow NJ, Thompson MP, Meadows LA, Jacobs D, Chance S, Gibb B *et al.* (1998). Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behaviour in African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 533-540.
- Kocot T y Goodman L (2003). The roles of coping and social support in battered women's mental health. *Violence Against Women, 9*, 323-346.
- Krause ED, Kaltman S, Goodman LA y Dutton MA (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress, 21*, 83-93.
- Kubany E, Hill E, Owens J, Iannce-Spencer C, McCaig M, Tremayne K y Williams P (2004). Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 3-18.

- Landeta O y Calvete E (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y estrés*, 8, 173-182.
- Landenburger K (1989). A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship. *Issues in Mental Health Nursing*, 10, 209-227.
- Laughon K (2007). Abused African American women's processes of staying healthy. *Western Journal of Nursing Research*, 29, 365-384.
- Liang B, Goodman L, Tummala-Narra P y Weintraub S (2005). Theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology*, 36, 71-84.
- Little TD, Bovaird JA y Widaman KF (2006). On the merits of orthogonalizing powered and product terms: Implications for modeling interactions among latent variables. *Structural Equation Modeling*, 13, 497-519.
- Matud MP, Aguilera L, Marrero RJ, Moraza O y Carballeira M (2003). El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 439-459.
- Meadows L, Kaslow N, Thompson M y Jurkovic G (2005). Protective Factors Against Suicide Attempt Risk Among African American Women Experiencing Intimate Partner Violence. *American Journal of Community Psychology*, 36, 109-121.
- Mechanic MB, Weaver TL y Resick PA (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse: A multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*, 14, 634-654.
- Murphy J (2000). The impact of shelter intervention on posttraumatic stress disorder, depression and perception of control among battered women. *Dissertation Abstracts International: Section A*, 61, 367.
- Oosthuizen C y Wissing M (2005) Prevalence of violence against women: distress, coping and psychological well-being. Surviving the fire? *South African Journal of Psychology*, 35, 637-656.
- Plichta SB y Falik M (2001). Prevalence of violence and its implications for women's health. *Women's Health Issues*, 11, 244-258.
- Rose LE, Campbell J y Kub J (2000). The role of social support and family relationships in women's responses to battering. *Health Care for Women International*, 21, 27-39.
- Sabina C y Tindale S (2008). Abuse Characteristics and Coping Resources as Predictors of Problem-Focused Coping Strategies Among Battered Women. *Violence Against Women*, 14, 437-456.
- Sanz J, Navarro ME y Vázquez C (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29, 239-288.
- Sanz J, Perdigón LA y Vázquez C (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Sepúlveda R, Troncoso M y Álvarez C (1998). Psicología y Salud: El papel del apoyo social, *Revista Médica de Santiago*, 1, 154-162.
- Stark E (2007). *Coercive control: How men entrap women in personal life*. New York: Oxford University Press.
- Steer RA y Beck AT (2000). The Beck depression inventory II. En WE Craighead y CB Nemeroff (Eds.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science* (pp. 178-179). New York, NY: Wiley.
- Straus M, Hamby S, McCoy S y Sugarman D (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.
- Sullivan CM (2011). Victim services for domestic violence. En MP Koss, JW White y AE Kazdin (Eds.), *Violence against women and children* (pp. 183-198). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sullivan C y Bybee D (1999). Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 43-53.
- Theran SA, Sullivan CM, Bogat GA y Stewart CS (2006). Abusive partners and ex-partners: Understan-

- ding the effects of relationship to the abuser on women's well-being. *Violence Against Women*, 10, 950-969.
- Vázquez C y Sanz J (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Waalén J, Goodwin MM, Spitz AM, Petersen R y Saltzman LE (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 230-237.
- Waldrop A y Resick P (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, 19, 291-302.
- West CM, Kaufman G, Kantor y Jasinski JL (1998). Sociodemographic predictors and cultural barriers to help-seeking behavior by Latina and Anglo American battered women. *Violence and Victims*, 13, 361-375.
- Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG y Farley GK (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52, 30-41.
- Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S y Berkoff KA (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 55, 610-617.
- Zlotnick C, Johnson DM y Kohn R (2006). Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 262-275..

Recibido, 4 April, 2011

Aceptación final, 22 Diciembre, 2012