

IMPACTO EN RESULTADOS DE SALUD y SOCIALES EN MUJERES MALTRATADAS EN EL PRINCIPADO DE ASTURIAS, 2012

Autores: Mario Margolles Martins (1), Pedro Margolles García (2), Ignacio Donate Suárez (1)

(1) Consejería de Sanidad. Principado de Asturias

(2) Universidad del País Vasco.

Datos de contacto:

Mario Margolles Martins

Dirección General de Salud Pública

C/ Ciriaco M Vigil, 9 33006-Oviedo (Asturias)

Teléfono: +34 985106501

mariomargolles@gmail.com

Resumen:

La OMS indica una serie de consecuencias del maltrato o violencia sobre la salud en las mujeres: físicas, traumáticas, reproductivas, sexuales, psicológicas y conductuales. En este estudio pretendemos conocer el grado de afectación del problema del maltrato en mujeres asturianas a partir de los datos de la Encuesta de Salud de Asturias de 2010 (ESA-12). Consideramos que nuestro análisis facilitará una visión real del fenómeno del maltrato sobre la salud de la población femenina asturiana.

Los datos provienen de la Encuesta de Salud para Asturias (encuesta mediante entrevista domiciliaria, n=1100 mujeres adultas), realizada en 2012 en Asturias. Se analizan las variables de salud incluidas en la encuesta en relación a la presencia de antecedentes de maltrato. Se calcula la magnitud de riesgo mediante Odds ratio existente en cada variable respecto a mujeres sin maltrato.

Un 4,5% de las mujeres refieren haberlo padecido y un 2% de manera continuada. Mayor frecuencia a mayor edad. Mayor frecuencia del lugar donde se produjo el

maltrato: en el hogar, sobre todo en mujeres mayores. Por parte de quién recibió el maltrato: de su pareja. Mayor proporción en mujeres con estudios primarios o medios. Mayor en el centro de Asturias (urbano) que en zona rural. Más frecuente en clase sociales menos elevadas (V). Es el doble de frecuente en mujeres extranjeras (15%) respecto a las nacidas en España. En mujeres nacidas en Iberoamérica llega a ser del 20%.

Las mujeres maltratadas manifiestan una peor autovaloración que las mujeres no maltratadas en las siguientes variables: estado de salud: regular o mala, estado de felicidad, una menor realización actividades cotidianas, ocio o tiempo libre, una disminución de relaciones sociales por salud emocional y una pobre Calidad de Vida relacionada con la salud. Hay una deficiente valoración de vida sexual. Presentan una mayor morbilidad crónica (hipertensión, dolor cervical, dolor lumbar, asma bronquial, colesterol elevado, alergia crónica, diabetes mellitus, hemorroides, incontinencia urinaria, problemas de tiroides. En el ámbito emocional un enorme riesgo de ansiedad y de depresión. Su autovaloración de vida social es muy pobre. Tienen problemas de sueño o dificultad de dormirse. Frecuentan más los servicios sanitarios. Consumen más drogas: tabaco, alcohol y fármacos. Los resultados de este estudio son concordantes con los datos disponibles en la literatura con las víctimas femeninas de maltrato.

Se observan múltiples efectos del maltrato o violencia sobre la salud y sociales, todos ellos negativos.

Palabras clave: Maltrato, violencia de género, encuesta, salud, mujeres

TEMA DE INVESTIGACION E HIPOTESIS DE PARTIDA:

En distintos estudios y encuestas, sean de salud o no, se ha observado una alta proporción de antecedentes maltrato y violencia en las personas objeto del estudio. Los diferentes estudios manifiestan que suele haber coexistencia de violencia física, psíquica y sexual en el componente de maltrato o violencia. La mayoría de los estudios se centran en la violencia física, más fácil de medir y de objetivar. No obstante, otros estudios que atienden a la problemática del maltrato psicológico refieren que, incluso, el impacto sobre la salud y el bienestar es igual o superior aún al maltrato físico.

Por dicho motivo en este estudio a partir de los datos de la ESA-2012 hemos querido incluir ambos aspectos, si bien dentro del contenido de una pregunta sincrética: ¿Ha sufrido algún tipo de maltrato violencia o abuso (físico o psicológico) en alguna ocasión? que continúan los estudios realizados en años precedentes sobre esta materia (Margolles y Donate, 2008), (Margolles y Donate, 2011), (Margolles y Donate, 2011).

Todo conjunto de maltrato o violencia tiene una serie de factores habitualmente asociados. Entre ellos se sitúan los ámbitos sociales (roles de género marcados, aceptación de la violencia como solucionador de conflictos, y aquellos más relacionados con la violencia de género como las normas que dan por sentado el control de los hombres sobre conductas de mujeres, y la noción de masculinidad como dominio, agresión u honor), comunitarios (pobreza, bajo estatus socioeconómico, aislamiento social y familiar, participación en grupos violentos), relacionales (conflictos de pareja, control del dinero y toma de decisiones por el hombre en una familia) e individuales (interiorización de roles y valores tradicionales, etc.)

A su vez, la OMS - WHO (Krug et al., 2002) indica una serie de consecuencias del maltrato o violencia sobre la salud en las mujeres: físicas (dolores crónicos, cansancio, colon irritable, menor rendimiento físico, cansancio, alteraciones gastrointestinales, etc.), traumáticas (incremento de accidentes y necesidad de servicios de urgencias, fracturas, contusiones y hematomas, etc.), reproductivas (embarazos no deseados, ETS, abortos, infecciones urinarias, dolores pélvicos, etc.), sexuales (descenso de la libido, descenso de la satisfacción con vida sexual, anorgasmia, etc.) y psicológicas o conductuales (depresión, ansiedad, sentimientos de baja autoestima, culpa, vergüenza,

actitudes de fobia, trastornos de alimentación, abuso de drogas (tabaco, alcohol), escaso cuidado personal, etc.).

Por todo ello, en este estudio pretendemos a partir de los datos de la ESA-2012, conocer el grado de afectación del problema del maltrato en la población asturiana, dónde, cuándo, por quién tuvo lugar y las consecuencias del maltrato para la víctima referidas directamente por la persona encuestada. A su vez, pretendemos analizar esa situación en relación a los factores de riesgo más habitualmente relacionados con el maltrato o violencia e intentamos describir los resultados que sobre su percepción de la salud, su morbilidad auto-referida y pautas de conducta tiene la persona afectada por este tipo de antecedentes.

DESCRIPCION DE LOS DATOS Y METODOLOGIA DE OBSERVACION Y DE ANALISIS:

Los datos provienen de la Encuesta de Salud para Asturias (encuesta domiciliaria, n=1100 mujeres adultas), realizada en 2012 en Asturias (Margolles y Donate, 2012), (Margolles y Donate, 2015). Se analizan, en este estudio, las variables de salud y sociales incluidas en la encuesta en relación a la presencia de maltrato en cada sexo y luego se comparan los resultados entre mujeres con antecedentes o sin antecedentes.

Con las preguntas directas siguientes:

1.- ¿Ha sufrido algún tipo de maltrato/violencia o abuso (psicológico o físico) en alguna ocasión?

Respuestas: 1.- Si, de forma aislada, 2.- Si, de forma continuada, 3.- No, nunca., 8.- NS, 9.- NC

2.. ¿Por parte de quien/quienes ha recibido el maltrato o abuso? (señalar todas las necesarias)

Respuestas: 1.- Pareja/expareja (incluido novio/a, marido/mujer o pareja), 2.- Familiares, 3.- Persona/s conocida/s (excluyendo a los anteriores), 4.- Persona/s desconocida/a, 8.- NS, 9.- NC. (Entrevistador/a: puede contestar más de una respuesta).

3.- Si el maltrato padecido le generó consecuencias o malestar psíquico y/o físico, indíquenos cuál o cuáles fueron:

Respuestas: 1.- Angustia, 2.- Irritabilidad, 3.- Cambios de ánimo, 4.- Tristeza, 5.- Ganas

de llorar, 6.- Dolores de cabeza, 7.- Insomnio, falta de sueño, 8.- Dolores de espalda y/o articulaciones, 9.- Fatiga permanente, 10.- Malestar general, 11.- Inapetencia sexual, 12.- Baja autoestima, 13.- Miedo o temor. (Entrevistador/a: puede contestar más de una respuesta).

Se calcula la magnitud de riesgo existente entre ambas poblaciones. Para ellos se usa el programa SPSS v18 calculando proporciones, test estadísticos de Chi cuadrado, así como los Odds ratio de riesgo con su intervalo de confianza para el 95%. Se compararán, en este apartado, en análisis cruzado y estratificado los resultados de la totalidad de la muestra de la ESA-2012 con los resultados de la información de aquellas personas que manifestaron haber recibido maltrato con el objeto de conocer los factores de riesgo (FR) y el impacto sobre la salud del maltrato.

Realizamos, además, un estudio de la magnitud de la asociación de la presencia de maltrato con determinados factores o consecuencias sobre la salud, a través del cálculo de la Odds Ratio y del intervalo de confianza, calculado como el IC de Cornfield, de manera que nos permita conocer el grado de magnitud de la asociación en estimación puntual y en estimación por intervalo para un nivel de confianza del 95%.

PRINCIPALES RESULTADOS Y CONCLUSIONES:

La presencia de antecedentes de maltrato en las personas entrevistadas es una variable que se recogía por segunda vez en la Encuesta de Salud para Asturias con lo que nos permite comparar los datos con los obtenidos cuatro años antes en la Encuesta de Salud para Asturias de 2008 (Margolles y Donate, 2008), (Margolles y Donate, 2011), (Margolles y Donate, 2011).

Con ella pretendíamos conocer el grado de afectación del problema del maltrato en la población asturiana, dónde, cuándo, por quién tuvo lugar y las consecuencias del maltrato para la víctima.

A la pregunta de **antecedentes de maltrato**, en el estudio nosotros consideramos como tal, tanto la **violencia o abuso físico o psicológico** o emocional dado que casi siempre coexisten en la misma relación (Ruiz-Pérez et al., 2006) y aunque es más fácil de medir el primero (Krug et al., 2002), quizá sea más frecuente el segundo y pueda tener un impacto más profundo en la salud (Pico-Alfonso, et al., 2004), (García-Linares, et al., 2004).

En este estudio dentro de la totalidad de la muestra de la Encuesta de Salud en 2012, un 4,5% de la población refiere haber recibido maltrato en alguna ocasión. Un 2% de la población lo ha sufrido durante un período prolongado (de forma continuada). Estos resultados son ligeramente inferiores en términos de prevalencia que los obtenidos en la ESA-2008 (Margolles y Donate, 2008). Los resultados se integran dentro del amplio rango detectado en los diferentes estudios. La mayoría de ellos detectan más prevalencia pero esta es muy variable. (Ruiz-Pérez et al., 2010), (Ruiz-Pérez et al., 2006), (Coker et al., 2000). Sin embargo, depende también del ámbito donde se registra la información, en las entrevistas domiciliarias suele ser más pequeño. En los centros de agrupación de víctimas como los sanitarios suele ser bastante más alta (Ruiz-Pérez et al., 2006), (Koss et al., 1991) o el uso del dato a través de las denuncias (Vives et al., 2003), (Vives et al., 2004), (Ruiz-Pérez et al., 2006).

Las mujeres refieren en mayor frecuencia haber recibido maltrato (un 6,7% de ellas frente a un 2,2% de los hombres). El maltrato de forma continuada (más de 5 años) ha sido considerablemente más frecuente en mujeres que en hombres. Las diferencias entre sexos son ampliamente significativas estadísticamente (X^2 , 24,6, gl=1, p=0,000). El riesgo de sufrir maltrato en mujeres respecto a los hombres es más de 3 veces más alto (OR=3,2; IC95% 1,97-5,2). También, en ambos sexos obtienen resultados ligeramente inferiores de prevalencia de maltrato permanente respecto a 2008 (Margolles y Donate, 2008). Sin embargo, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Respecto al **maltrato considerado no prolongado** (menos de 5 años de duración o de forma aislada), un 3,4% de las mujeres manifiesta haberlo soportado (un 0,6% en hombres). Las diferencias, en este caso, entre sexos son ampliamente significativas estadísticamente (X^2 , 30,3, gl=1, p=0,000). El riesgo de sufrir maltrato de este tipo en

mujeres respecto a los hombres es más de 5,8 veces más alto (OR=5,8; IC95% 2,4-13,9).

Por edades manifiestan haber recibido maltrato en mayor frecuencia las mujeres entre los 30-44 años de edad (10,2%), 45-64 años de edad (un 9,3% de ellas). La menor frecuencia de antecedentes de maltrato lo declaran las mujeres jóvenes (3,0% de ellas). Un 2,7% de las mujeres mayores de 64 años refieren haber estado sometidas a maltrato.

En cuanto al maltrato ocasional (menos de 5 años de duración) sigue el mismo patrón etario, con mayor frecuencia en mujeres de 30-44 años (5,1%) seguido de las de 45-64 años (4,8%). (Tabla 1) .

Tabla 1: Frecuencia del maltrato en mujeres por grupo etario. ESA-12 .

Grupo etario (años)	Porcentaje de mujeres con algún tipo de maltrato	Porcentaje de mujeres con maltrato ocasional (menor de 5 años)
15-29	3,0%	1,2%
30-44	10,2%	5,1%
45-64	9,3%	4,8%
+65	2,6%	1,6%
Total	6,7%	3,4%

En términos relativos, se puede decir que más de 1/10 de las mujeres de 30-44 años y casi 1/10 de las de 45-64 años han estado sometidas a maltrato (permanente u ocasional).

Las mujeres de **nacionalidad extranjera** tienen un mayor riesgo de haber padecido maltrato: un 15,4% de ellas lo han padecido por un 6,4% de las mujeres de nacionalidad española estimándose el riesgo de padecerlo en 2,65x veces si se tiene nacionalidad extranjera. Por el contrario, en el maltrato de corta duración se observa una mayor frecuencia en mujeres extranjeras pero las diferencias no son significativas estadísticamente. Según el país de nacimiento, se observa que de las residentes en Asturias, las mujeres con mayor riesgo son las procedentes de Iberoamérica, en

concreto en Brasil, con un 60% de las mayores con antecedentes de haber sufrido maltrato. Sin embargo, en Europa se observan comportamientos de alta frecuencia de maltrato en mujeres procedentes de Portugal (40%) o Rumanía (22%). Esta misma situación es encontrada en diferentes estudios: (Sanz-Barbero et al., 2014), (Vives-Cases et al., 2009).

En relación al **estado civil**, son las mujeres solteras y las divorciadas las que mayor frecuencia han tenido de antecedentes de haber sido maltratadas (11,9% y 11,1%, respectivamente). Las que menos, las mujeres casadas en el momento de la entrevista (3,6%). Esto sucede tanto en el maltrato permanente como en el maltrato ocasional.

Si atendemos al **nivel de estudios completados** por las mujeres, aquellas con estudios de bachillerato y medios son las que mayor frecuencia lo tienen (7,4% y 7,6%, respectivamente). Con estudios universitarios, lo declaran un 5,4%.

Por su parte, las condiciones socioeconómicas asociadas al maltrato en términos de **ingresos económicos del hogar** están directamente relacionados con su presencia, sea en términos casuales o como consecuencia. Las mujeres con maltrato tienen un menor volumen de ingresos económicos en el hogar. (Tabla 2) .

Tabla 2: Frecuencia de de maltrato en mujeres según ingresos económicos del hogar. ESA-12 .

Ingresos mensuales (en euros) del hogar	Mujeres con algún tipo de maltrato. % de ellas en el grupo socioeconómico	Mujeres con maltrato ocasional. (menor de 5 años). % de ellas en el grupo socioeconómico	Mujeres sin maltrato. % de ellas en el grupo socioeconómico
<550	9,6%	13,5%	3,7%
550-1.049	39,7%	37,8%	44,1%
1.050-1.849	31,5%	29,7%	30,5%
1.850-3.449	17,8%	21,2%	21,0%
>3.449	1,4%	0,7%	0,7%

De donde se deduce que el fenómeno del maltrato en mujeres es transversal a todos los niveles de ingreso socioeconómico, si bien afecta más a aquellos hogares con menores niveles de ingreso. Pero, también sucede en hogares con ingresos elevados si bien en este caso el número de personas es más pequeño y por tanto el porcentaje más inestable. (Tabla 3). Los resultados obtenidos son estadísticamente significativos .

Tabla 3: Frecuencia antecedente de maltrato en mujeres según nivel de ingresos económicos del hogar. ESA-12 .

Ingresos medios mensuales (en euros) del hogar	% Mujeres con algún tipo de maltrato.	% Mujeres con maltrato ocasional	% Mujeres sin maltrato
<550	17,5%	12,5%	82,5%
550-1.049	6,1%	2,9%	93,9%
1.050-1.849	7,0%	3,3%	93,0%
1.850-3.449	5,7%	2,6%	94,4%
>3.449	12,5%	12,5%	87,5%

Por **Área sanitaria de residencia** observamos que, en Asturias, las Áreas sanitarias más afectadas en términos de prevalencia son las Areas VII y VIII situadas en Cuencas Mineras con un 8,6 y 8,8%, respectivamente. Donde menos se declara es en el Área II (Cangas del Narcea). Como maltrato ocasional las Áreas más afectadas son la I (Jarrio, 6,1%) y VII (Mieres, 5,7%).

Si analizamos los datos por grandes comarcas de **tipo de hábitat** tanto culturales como socioeconómicas en Asturias, los resultados nos muestran que son mucho más frecuentes los maltratos en mujeres en las Cuencas Mineras de Asturias (un 5,1% de maltrato ocasional y un 8,0 de maltrato de cualquier tipo). Por el contrario, son las mujeres de zonas rurales las que menos proporción de ellas refieren este tipo de antecedente (2,3% ocasional y 3,8 maltrato de cualquier tipo).

Según la **estratificación social**, hemos analizado atendiendo a los criterios de la Sociedad Española de Epidemiología atendiendo a la Clasificación Nacional de

Ocupaciones tanto de 1994 (en 5 estratos) (Regidor, 2001) como de 2011 (en 7 estratos) (Domingo-Salvany et al., 2013). Los resultados nos muestran que respecto a la CNO-1994, las clases sociales más afectadas por el maltrato en mujeres son la más favorecida (I, 13,2%) como la más desfavorecida (V, 7,3%) respecto a todo tipo de maltrato. En la CNO-2011, los resultados indican que es la clase social II (de 7, en total) la más afectada (11% para todo tipo de maltrato y 6,8% para el ocasional). (Tabla 4).

Tabla 4. Frecuencia de maltrato en mujeres en función de su estratificación social. ESA-2012. (Regidor, 2001), (Domingo-Salvany et al., 2013).

Clase social	% Mujeres con algún tipo de maltrato	% Mujeres con maltrato ocasional	% Mujeres sin maltrato
CNO-1994			
I	13,2	3,0	86,8
II	4,6	2,6	95,4
III	7,7	3,4	92,3
IV	4,2	4,2	95,8
V	7,3	4,1	92,7
Inclasificables	4,8	3,0	95,2
CNO-2011			
I	7,8	2,9	92,2
II	10,8	6,8	89,2
III	4,3	1,7	95,7
IV	8,0	4,0	92,0
V	5,7	2,3	94,3
VI	7,5	3,4	92,5
VII	7,2	4,1	92,8
Inclasificables	4,8	3,0	95,2

Hay una mayor proporción de **actividad laboral** en mujeres maltratadas (48,5% trabajando) que en las no maltratadas (37%) debido fundamentalmente a que el

fenómeno del maltrato permanente es más frecuente en edades intermedias de la vida. Sin embargo el nivel de desempleo es similar en ambos casos. (Tabla 5)

Tabla 5. Frecuencia de maltrato en mujeres en función de su actividad laboral. ESA-2012.

Situación laboral	% Mujeres con algún tipo de maltrato	% Mujeres con maltrato ocasional	% Mujeres sin maltrato
Activa	48,5	34,3	37,8
Jubilación	22,1	25,7	31,0
Desempleo, paro	26,5	34,3	24,7
Estudiante	2,9	5,7	6,5

Por parte de quién recibió el maltrato: Las mujeres sufren la violencia normalmente de su pareja, expareja, novio, etc. Un 73% tenían maltrato ocasionado por su pareja, un 13% por personas familiares y 15% por personas conocidas (73%, en 2008 por parte de su pareja). En el caso de hombres la sufren por personas conocidas que no son su pareja ni familiares. Por tanto, el contexto de la violencia es claramente distinto (aparte de la frecuencia) en hombres (solo una cuarta parte de éstos mencionan que la violencia la recibió de su pareja) y mujeres.

Analizando la información por grupos etarios, a medida que se incrementa la edad aumenta la proporción de personas que refieren la violencia generada por su pareja (de un 60% en mujeres jóvenes a un 75% en mayores de 65 años de edad). En personas jóvenes es muy frecuente (aparte de la pareja) que la violencia la provoquen personas conocidas. Es relevante que aumenta la prevalencia de maltrato causado por familiares a medida que aumenta la edad llegando a ser del 12,5% en mujeres mayores de 65 años. (Tabla 6)

Tabla 6. Frecuencia de maltrato en mujeres en función la persona que lo generó, según grupo etario. ESA-2012. (Los porcentajes puede sumar más de 100)

Grupo etario	15-29	30-44	45-64	+65
Persona que generó el maltrato	%	%	%	%
Pareja o expareja	60	71,4	72,7	75
Familiares	0	3,6	21,9	12,5
Personas conocidas	40	21,4	15,6	0
Personas desconocidas	0	3,6	3,0	11,1

Las consecuencias del maltrato son múltiples y variadas. Ante la pregunta de qué consecuencias se generaron por el maltrato o violencia padecida, un 81,9% de las mujeres maltratadas señalan que tristeza, un 74,6% angustia, un 70,7% ganas de llorar, un 60,7% miedo o temor, un 59,4% baja autoestima, un 55,4% cambios de ánimo, un 54,3% insomnio o falta de sueño, un 49,3% malestar general, un 46,1% irritabilidad, un 45,3% inapetencia sexual y dolores de cabeza (40%). (Tabla 7).

Todos los síntomas del síndrome post-maltrato son más frecuentes en mujeres, en concreto hay solo una pequeña proporción de hombres que tienen síntomas de inapetencia sexual, ganas de llorar y dolores de cabeza, quizá porque, como vimos más arriba, la persona causante de la violencia no es tan frecuente que sea la pareja de la víctima, cuando esta es un hombre.

Este tipo de consecuencias no solo son consecuencia de la presencia de actitudes de maltrato sino de la magnitud del mismo observándose un incremento de la proporción de mujeres con cada una de estas manifestaciones respecto a la Encuesta de Salud de 2008 (Margolles y Donate, 2008), (Margolles y Donate, 2011), (Margolles y Donate, 2012). Así, se incrementan los efectos de inapetencia sexual casi un 100% respecto a los resultados de 2008, la tristeza se ha incrementado un 33%, las ganas de llorar un 15%, el insomnio un 40%, etc., manifestación de que el impacto del maltrato en el año 2012 ha dejado mas huella en las victimas que en el año 2008.

Tabla 7: Consecuencias directas del maltrato sobre la salud en mujeres. ESA-12.

Efecto	Porcentaje de mujeres maltratadas con ese efecto
Tristeza	81,9%
Angustia	74,6%
Ganas de llorar	70,7%
Miedo o Temor	60,7%
Baja autoestima	59,4%
Cambios de ánimo	55,4%
Insomnio, falta de sueño	54,3%
Malestar general	49,3%
Irritabilidad	46,1%
Inapetencia sexual	45,3%
Dolores de cabeza	40,4%
Dolores de espalda y/o articulaciones	35,2%
Fatiga permanente	33,8%

No obstante, los fenómenos de impacto sobre la salud de las mujeres maltratadas no son homogéneos entre las mismas. Dado que un porcentaje elevado del maltrato sucede en mujeres inmigrantes o nacidas fuera de España en la tabla 8 ponemos como ejemplo esa heterogeneidad de efectos en función de determinadas condiciones, observándose el enorme efecto que tiene la presencia de determinadas medidas compensatorias informales o institucionales (familiares o del Estado) para evitar la aparición de muchas de estas consecuencias. Por ejemplo, en este caso es evidente el enorme impacto en términos de angustia, irritabilidad, cambios de ánimo, tristeza, migrañas, insomnio, autoestima baja o miedo y temor entre las mujeres inmigrantes con maltrato respecto a las nacionales que presumiblemente tiene elementos de soporte o compensación más accesible para mitigar el efecto de la violencia sobre la persona maltratada. (Tabla 8). Los efectos sobre la salud del maltrato han sido observados en múltiples estudios y dentro del ámbito español también. (Raya, L et al., 2004), (Ruiz-Pérez et al., 2005), (Domínguez et al., 2008) (Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004) (Campbell et al., 2002)

Tabla 8: Consecuencias directas del maltrato sobre la salud en mujeres en función de nacimiento. ESA-12 .

Efecto	Porcentaje de mujeres maltratadas con ese efecto Inmigrantes	Porcentaje de mujeres maltratadas con ese efecto Nacionales
Angustia	80	73,4
Irritabilidad	70	42,2
Cambios de ánimo	80	51,6
Tristeza	100	79,4
Ganas de llorar	70	69,8
Dolores de cabeza	67	36,5
Insomnio, falta de sueño	67	52
Dolores de espalda y/o articulaciones	40	35
Fatiga permanente	30	33
Malestar general	59	49,2
Inapetencia sexual	40	46
Baja autoestima	80	56,3
Miedo o Temor	90	57

Análisis de Factores de riesgo:

Autovaloración de la percepción del estado de salud: Se aprecia en personas con antecedentes de maltrato una percepción del estado de salud como “bueno” mucho menor, en ambos sexos, si bien en el caso de mujeres, de nuevo, el impacto sobre el es mucho mayor. Un 22% de las mujeres con antecedentes de maltrato consideran su salud mala o muy mala por solo un 8% de mujeres sin maltrato (OR: 3,2; IC95%:1,8-8,6). Es decir las mujeres con antecedentes de maltrato, al menos, tienen un 80% de mayor riesgo de considerar su salud mala o muy mala (Tabla 9). Estos resultados son totalmente coherentes con la bibliografía existente en varis ámbitos (Campbell et al., 2002), (Coker et al., 2000), Estos aspectos han sido descritos en muchas publicaciones (Maccauley et al., 1995), (Plazaola-Castaño y Ruiz-Perez, 2004).

Tabla 9: Autovaloración del estado de salud en función de antecedentes del maltrato sobre la salud en mujeres. ESA-12 .

Autovaloración del estado de salud	Porcentaje de mujeres maltratadas	Porcentaje de mujeres sin maltrato
Muy bueno	6,8	16,0
Bueno	39,7	49,1
Regular	31,5	26,8
Malo	20,5	5,7
Muy malo	1,4	2,4

Autovaloración de la percepción del estado de felicidad: Las personas con antecedentes de maltrato tienen una peor percepción del estado de felicidad que el resto. La situación se acentúa en el caso de las mujeres: un 34% de las mujeres con antecedentes de maltrato manifiestan que nunca son felices (solo un 18% de la totalidad de las mujeres se sienten así) (OR: 2,5 IC95%:1,4-3,9). Es decir las mujeres con antecedentes de maltrato, al menos, tienen un 200% de mayor riesgo de tener el peor estado de felicidad.

Hacer menos cosas de las queridas a causa de la salud física o mental o limitaciones en la vida diaria: un 45% de las mujeres con maltrato tienen mayores limitaciones para la realización de alguna actividad mientras ese fenómeno sucede en un 26% de las mujeres sin maltrato (OR=2,3) si no controlamos el factor edad. Una vez ajustada por edad, las limitaciones en mujeres maltratadas llegan a ser de 3,6x veces más elevadas. Un 43,1% en mujeres maltratadas por un 17,5% en no maltratadas. Este fenómeno sucede tanto en maltrato permanente como ocasional.

Calidad de vida relacionada con la salud: Para valorar la calidad de vida relacionada con la salud hemos elegido la escala del EuroQol 5D-5L (Herdman et al., 2001), que es un instrumento genérico usado para caracterizar el estado de salud de un grupo o población. Este instrumento consiste en una sección auto-administrada sobre 5 apartados: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión y una escala visual análoga sobre estado de salud.

La valoración de la calidad de vida siempre es inferior en mujeres que en hombres y sobre todo a medida que aumentamos la edad. En el caso de las mujeres con antecedentes de maltrato el impacto de este maltrato es catastrófico para su calidad de vida, sea con un indicador sintético o sea con análisis parciales.

El mayor impacto, se centra, de nuevo, en las variables emocionales y mentales: la ansiedad y depresión así como la presencia de dolor y malestar se duplican en estas mujeres respecto al total de ellas.

En el caso del índice sintético EQ-5D index, la situación se observa gráficamente en un descenso muy acusado del nivel de salud en personas con antecedente de maltrato respecto a las que no lo refieren, pero la caída nuevamente es más acusada en el caso de las mujeres maltratadas y particularmente a partir de los 45 años de edad. Existe una caída de los niveles de calidad de vida en ambos sexos a medida que aumenta la edad pero los resultados de las mujeres maltratadas es considerablemente peor en todos los tramos etarios que el resto de mujeres y que los hombres, como se pueden ver en las Tablas 10 y 11 y en los Gráficos I y II). Hay que tener en cuenta que la mayor prevalencia de maltrato se centra en las edades adultas (30-64 años de edad) y es donde la diferencia entre calidad de vida es mayor entre mujeres con este antecedente o sin él.

Tabla 10. Autovaloración de calidad de vida (modelo VAS) en mujeres dependiendo de antecedentes de maltrato. Asturias. ESA-2012 .

	No maltrato			Maltrato		
	Media	DE	IC95%	Media	DE	IC95%
15-29	86,7	12,7	84,8-88,7	79,0	18,5	54,7-100
30-44	84,2	14,3	84,2-82,4	71,3	19,2	63,6-78,9
45-64	73,9	19,2	71,8-76,1	64,8	22,5	56,8-72,8
+65	64,9	19,4	62,6-67,1	60,8	22,4	42,3-79,3

Tabla 11. Valoración de calidad de vida relacionada con la salud (modelo EQ-5D-5L index) en mujeres dependiendo de antecedentes de maltrato. Asturias. ESA-2012 .

	No maltrato			Maltrato		
	Media	DE	IC95%	Media	DE	IC95%
15-29	0,986	0,08	0,974-0,998	0,946	0,09	0,823-1
30-44	0,974	0,07	0,965-0,983	0,947	0,06	0,924-0,970
45-64	0,941	0,12	0,927-0,955	0,882	0,15	0,829-0,935
+65	0,865	0,18	0,844-0,886	0,845	0,22	0,659-1

Gráfico I. Autovaloración de calidad de vida (modelo VAS) en mujeres dependiendo de antecedentes de maltrato por grupo etario. Asturias. ESA-2012 .

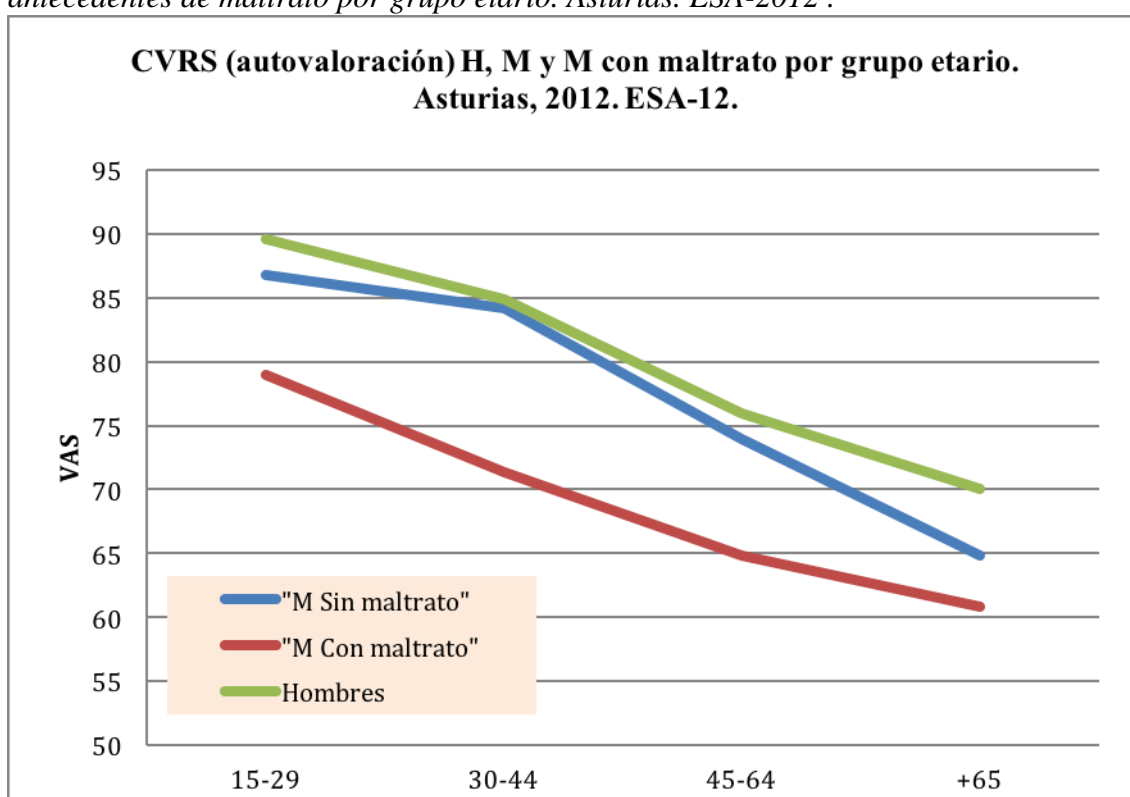
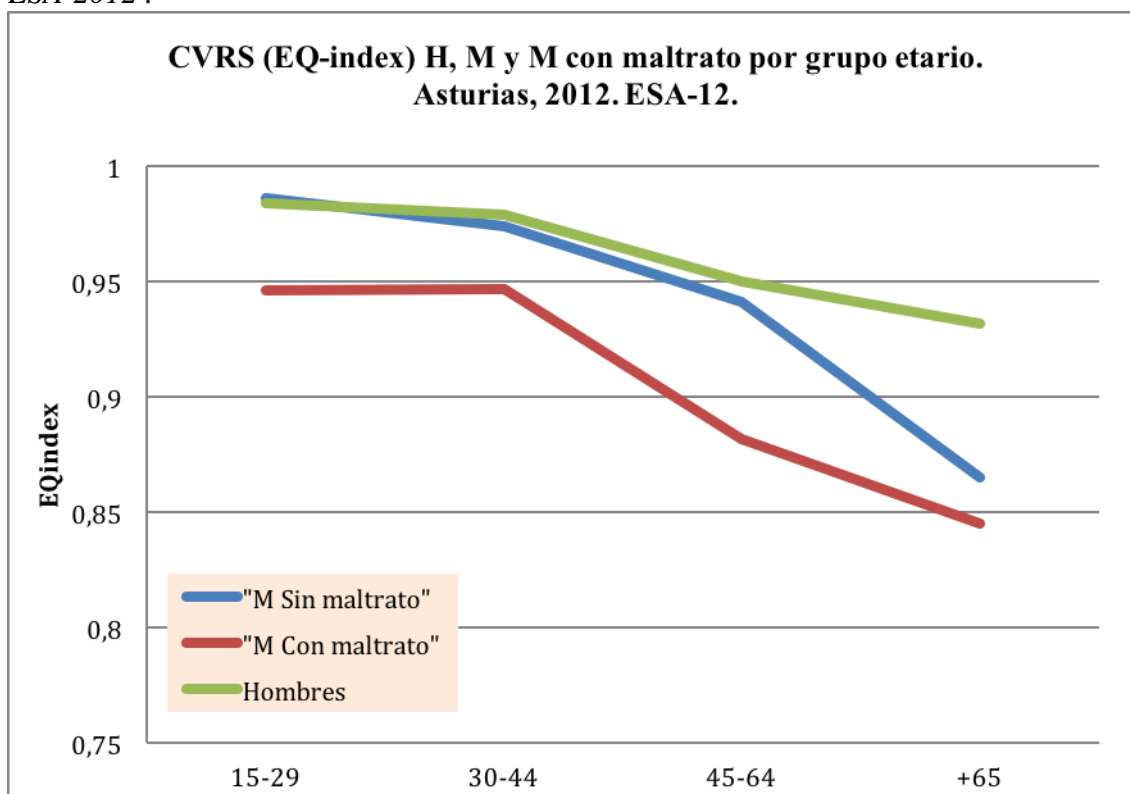


Gráfico II. Valoración de calidad de vida relacionada con la salud (modelo EQ-5D-5L index) en mujeres dependiendo de antecedentes de maltrato por grupo etario. Asturias. ESA-2012 .



Morbilidad crónica: En ambos sexos las personas maltratadas incrementan considerablemente la referencia de padecer o haber padecido enfermedades crónicas, incluso cuando controlamos la variable edad (variable que está más directamente asociada a la morbilidad crónica). Esta circunstancia permite triangular los hechos como propios del maltrato y no como una percepción característica del género. Nuevamente se observa que los incrementos de morbilidad asociados al maltrato son considerablemente mayores en mujeres.

La proporción de mujeres que manifiestan tener algún problema de salud de los citados en la lista de 28 patologías analizadas consideradas como enfermedades crónicas es casi el doble más alta (2,22x) en mujeres con maltrato que en el resto de mujeres (44,6% vs. 26,6%) cuando solo es ligeramente inferior en hombres. Tras controlar el efecto de la edad se observan los siguientes incrementos en la proporción de referencias de mujeres con antecedentes de maltrato respecto al conjunto de mujeres: Un 15,4% de tensión arterial elevada vs. 11,7% en no maltratadas, de varices (38,5 vs. 18,5%, OR=3x), de artrosis o artritis (31% vs. 22%), dolor de espalda crónico (50,8 vs. 28,1%, OR=2,6),

dolor crónico cervical (44 vs. 29%) o lumbar (48 vs. 28%, OR: 2,5), varices en piernas (38 vs. 18%, OR: 2,9), alergia crónica (29 vs. 14%, OR=2,6), asma bronquial (19 vs. 8,5%, OR: 2,4).

También una vez controlado el factor de edad es la presencia de colesterol alto (OR: 1,3, NS), de úlcera gástrica (12,3% vs. 3,2%, OR=4,3), problemas crónicos de la piel (21,5% vs. 7,5%, OR=3,4), estreñimiento (21% vs. 5%, OR=5,7), hemorroides (riesgo 2,3x), incluso los tumores malignos (riesgo superior en 1,7x), problemas de tiroides (1,9x) o problemas relacionadas con la menopausia (riesgo 2,9 veces superior).

Sin embargo, los niveles de exceso de riesgo en mujeres maltratadas más relevantes son los relacionados con las lesiones o efectos permanentes de accidentes (estas mujeres también tienen una mayor frecuencia de accidentalidad) con niveles de exceso de riesgo de 7,7x veces más en mujeres maltratadas.

A ello, se acompañan las relacionadas con alteraciones emocionales, psicológicas o psiquiátricas. La depresión crónica alcanza un 37% de frecuencia en mujeres maltratadas mientras que es de un 10% en mujeres sin maltrato. Eso significa que las mujeres maltratadas 5,3 veces más riesgo de padecer depresión que las mujeres sin depresión. Sucede tanto ante maltrato permanente como ocasional. Estos aspectos han sido descritos en muchas publicaciones (Maccauley et al., 1995) con cifras oscilantes entre el 15 y el 83% (Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004).

También afecta al ámbito de la ansiedad crónica, un 37% de las mujeres maltratadas la padecen por un 12% de las que no tienen maltrato. El riesgo, por tanto, es 4,4x mayor en las mujeres maltratadas. (Tabla 12). Estos aspectos han sido descritos en muchas publicaciones (Maccauley et al., 1995) con cifras oscilantes entre el 15 y el 54% (Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004).

Todos estos efectos sobre la morbilidad crónica son detectados en casi todos los estudios publicados independientemente del país de publicación y ya desde hace muchos años (Campbell et al., 2002), (Plazaola-Castaño y Ruiz-Perez, 2004), (Maccauley et al., 1995), (Coker et al., 2000), (Leserman et al., 1996), (Helweg-Larsen y Kruse, 2003).

Tabla 12. Morbilidad crónica en mujeres dependiendo de antecedentes de maltrato. Asturias. ESA-2012. Una vez controlado el efecto de la edad .

	Maltrato	No maltrato	OR	P
Enfermedad crónica	% en mujeres	% en mujeres		
Hipertensión arterial	15,4	11,7		
Enfermedades del corazón	4,6	3,8		
Varices	38,5	18,5	2,78	0,000
Artrosis	30,8	21,7		
Dolor de espalda	50,8	28,1	2,63	0,000
Dolor cervical	43,8	29,4		
Dolor lumbar	48,4	28,0	2,44	0,000
Alergia crónica	29,2	13,9	2,56	0,001
Asma bronquial	18,7	8,5	2,44	0,008
EPOC, bronquitis crónica	13,8	4,3	3,57	0,001
Diabetes mellitus	1,5	3,6	0,42	0,37
Úlcera de estómago	12,3	3,2	4,35	0,000
Incontinencia urinaria	3,1	2,1	1,49	0,60
Colesterol alto	15,4	12,7	1,27	0,53
Cataratas	1,5	2,2		
Problemas de la piel	21,5	7,5	3,38	0,000
Estreñimiento crónico	21,5	4,6	5,71	0,000
Depresión crónica MP	36,9	10,5	5,26	0,000
Depresión crónica MO	37,8	14,4	3,70	0,000
Ansiedad crónica MP	36,9	12,1	4,35	0,000
Ansiedad crónica MO	35,6	13,7	3,45	0,000
O problemas mentales MP	6,2	1,7	3,86	0,014
O problemas mentales MO	6,8	1,7	4,29	0,03
Migraña MP	42,2	19,4	3,04	0,000
Migraña MO	42,5	17,5	3,47	0,000
Hemorroides	13,8	6,5	2,30	0,028
Tumores malignos	3,1	2,2	1,41	0,66

Osteoporosis	13,8	5,8	2,96	0,004
Problemas de tiroides	12,3	7,0	1,88	0,11
Problemas menopausia MP	16,9	6,4	2,98	0,02
Problemas menopausia MO	17,8	7,1	2,82	0,01
Les. perm un accidente MP	27,7	4,7	7,69	0,000
Les. perm un accidente MO	28,8	5,7	6,62	0,000
Otra enfermedad crónica MP	15,4	5,6	3,09	0,002
Otra enfermedad crónica MO	15,1	5,9	2,81	0,002

MP= maltrato permanente, MO= maltrato ocasional

Existe un gran impacto del maltrato sobre la **salud mental** global o parcial de las mujeres. Así, en los análisis de resultados de medición del riesgo de mala salud mental con el Global Health Questionnaire (GHQ) en su versión de 12 preguntas (Rocha et al., 2011), el promedio en mujeres con maltrato es de 4,82 mientras que en las mujeres sin maltrato es de 3,91. Esto significa que las puntuaciones medias representan un mayor riesgo de mala salud mental en mujeres con maltrato como se corrobora con los datos mostrados más arriba de morbilidad autodeclarada en depresión y ansiedad crónica así como en el consumo de medicamentos para la depresión o ansiedad. Los valores de t (-2,69) para 1075 gl, dan una p de 0,007, con lo que podemos rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias del análisis clásico del test GHQ-12.

Si la consideración de mala salud mental en vez de utilizar los valores salidos directamente del modelo clásico, usamos los valores de corte aceptados para España (cut-off de 3 en la versión clásica del GHQ-12), obtenemos que un 41,7% de las mujeres con maltrato estarían clasificadas como personas con mala salud mental, mientras que solo lo estaría el 23,6% de las mujeres no maltratadas. (Tabla 13)

Tabla 13. Clasificación de la salud mental en mujeres dependiendo de antecedentes de maltrato. Modelo clásico GHQ-12 para España. Asturias. ESA-2012 .

	Maltrato	No maltrato	OR	P
	% en mujeres	% en mujeres		
Buena salud mental	58,3%	76,4%		
Mala salud mental	41,7%	23,6%	2,39	0,001

En relación a **variables psicológicas fundamentales** las mujeres maltratadas tienen una mayor proporción de frecuencia de gran preocupación (algo más/mucho más) (51%) que las mujeres sin maltrato (25%) (OR=3,04).

Lo mismo sucede en relación a la preocupación de jugar un papel importante en la vida, un 21% de las mujeres maltratadas lo están mientras solo un 11% de las mujeres sin maltrato. Es decir las mujeres maltratadas tienen 2,3x más riesgo que las mujeres sin maltrato de tener estos efectos.

Algo similar sucede con el estar agobiada y en tensión. Casi la mitad de mujeres maltratadas está en esa situación (49,3%) mientras solo lo está el 23% si no hay maltrato (OR=3,24).

Peores resultados tiene el maltrato sobre la sensación de poder superar el día a día. Un 30% en mujeres maltratadas, por solo un 14,5% si no lo tienen. El riesgo, por tanto, de padecer este fenómeno si hay maltrato es 2,5 veces superior.

Las mujeres maltratadas son incapaces de disfrutar de la vida (19,2% vs 10,4% si no lo hay), el riesgo es en este caso de 2x.

Todo ello hace que un 34% de las mujeres maltratadas no se sientan nunca felices (un 18% si no hay maltrato) con lo que el riesgo de ausencia de felicidad es 2,5 veces superior en mujeres si hay maltrato.

Todos estos mismos efectos se han descrito ampliamente en la bibliografía. (Ruiz-Pérez et al., 2005), (Raya et al., 2004), (Domínguez et al., 2008), (Maccauley et al., 1995)

Accidentalidad: En mujeres con antecedentes de maltrato permanente casi se duplica la proporción de personas que han tenido accidentes, agresiones, quemaduras o intoxicaciones respecto a las que no han tenido maltrato (OR: 1,98), 16,4% respecto a 9,0%. Si consideramos el maltrato ocasional, ese riesgo se incrementa a 2,28x (19% en mujeres con ese maltrato respecto a un 3,9%, sin él).

Efectos sobre los estilos de vida: Existe una mayor proporción de personas **en bajo peso** medidos en relación al índice de masa corporal. Un 19,2% de las mujeres con maltrato están clasificadas como de bajo peso, mientras que solo lo están el 9,4% de las mujeres sin maltrato (OR=2,3).

Las mujeres maltratadas tienen una menor proporción de **sedentarismo** (16,4%) que las mujeres no maltratadas (32,3%) significando que tienen un riesgo de sedentarismo de 0,4 (un 60% inferior al resto de mujeres). Esta situación se mantiene también al controlar el efecto de la edad.

También este hecho hace que las mujeres tengan una menor proporción de **descanso adecuado** (57,5%) mientras que lo tiene un 81,2% de mujeres sin maltrato. El riesgo es 3,3 veces superior en las mujeres maltratadas.

En relación a **hábitos alimentarios**, en muchos alimentos no hay diferencias sustanciales entre mujeres en función del maltrato. Pero determinados tipos de consumo pueden tener efectos sobre la salud y las diferencias son estadísticamente significativa (ver Tabla 14).

Por ejemplo, las mujeres maltratadas tienen un menor consumo de pescado (OR=0,61), un consumo muy elevado de carnes diariamente así como de embutidos (OR= 2,8 y 1,9, respectivamente), un consumo exagerado de pasta (OR=2,2) así como de dulces o repostería (OR=2,4).

Tabla 14.. Consumo de determinados alimentos en mujeres dependiendo de antecedentes de maltrato. Asturias. ESA-2012 .

	Maltrato	No maltrato	OR	P
	% en mujeres	% en mujeres		
Carne (diariamente)	14,9	5,9	2,77	0,003
Pescado (<3 veces/sem)	35,6	47,4	0,61	0,04
Pasta (diariamente)	75,7	58,5	2,21	0,004
Embutidos (diario)	11,0	5,8	1,98	0,004
Dulces (diario)	57,5	35,7	2,43	0,000

Respecto a hábitos tóxicos como el **hábito tabáquico**, las mujeres maltratadas fuman o han fumado más, tanto ahora como en el pasado (prevalencia 53,4%) por un 37,8% en no maltratadas, siendo el riesgo en ellas de 1,9. Un aspecto relevante es que aunque no fumen estas mujeres están mucho más expuestas al humo de tabaco en su casa. Un 63,5% de ellas NUNCA lo están en su domicilio por un 78,4% de las no maltratadas. Es decir, el riesgo de estar expuestas a este humo (aunque no fumen) es dos veces superior. Estos hábitos tóxicos han sido descritos ampliamente en la bibliografía como un problema de afrontamiento ante situaciones difíciles o estresantes (Maccauley et al., 1995), (Coker et al., 2000), (Kernic et al., 2000), (Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004).

Si atendemos al uso de **anticoncepción y medidas de protección en relaciones sexuales** esporádicas es de resaltar el hecho de que un 12,5% de las mujeres maltratadas indican que no usan estos métodos porque su compañero/a no quiere que se utilicen (la proporción en mujeres no maltratadas es de un 4,2%), lo que significa una escasa capacidad de negociación ante las pautas de su vida sexual. Eso significa que las urgencias relacionadas con el embarazo no deseado son mayores y que un 8,3% de las mujeres maltratadas por un 3,4% de las mujeres no maltratadas han hecho uso alguna vez de la píldora del día siguiente.

Autovaloración de la vida social: En antecedentes de maltrato disminuye considerablemente la autovaloración de la vida social. Un 31,5% de las mujeres con antecedentes de maltrato consideran su vida social relativamente, poco o nada satisfactoria por solo un 16% del total de mujeres. (OR: 2,5). Es decir, que las mujeres con antecedentes de maltrato tienen, al menos, un 1,5x más de riesgo de considerar insatisfactoria su vida social respecto a las mujeres sin ese antecedente. Pero, no sucede lo mismo en la calle o en el trabajo donde no hay diferencias sustanciales entre ambos tipos de mujeres. (Tabla 15)

Tabla 15. Satisfacción con su vida social en mujeres dependiendo de antecedentes de maltrato. Asturias. ESA-2012. Una vez controlado el efecto de la edad .

	Maltrato	No maltrato	OR	P
Grado	% en mujeres	% en mujeres	2,5	0,001
Muy satisfactoria	13,7	24,8		
Satisfactoria	54,8	59,3		
Relativamente satisfactoria	21,9	10,7		
Poco satisfactoria	8,2	4,4		
Insatisfactoria por completo	1,4	0,8		

Ayuda recibida para el cuidado de menores y dependientes: en el caso de mujeres con antecedentes de maltrato no varían considerablemente (estadísticamente significativamente) el grado de ayuda recibida para el cuidado de menores y dependientes respecto al conjunto de mujeres de la ESA-2012, aunque un 11% de las maltratadas no han tenido nunca ayuda para ese tipo de cuidado por un 7% de las mujeres sin maltrato.

Disponibilidad de tiempo para gastar en si misma: Las mujeres maltratadas disponen de mucho menos tiempo para estar descansando solas o disfrutar para si misma (11%) respecto a las mujeres sin maltrato (5%). (OR=2,41).

Satisfacción con el trabajo: Existe en mujeres con antecedentes de maltrato una disminución de su satisfacción con el trabajo habitual cuando contestan a esta pregunta. Estas tienen cuatro veces más posibilidades de considerar nada satisfactoria su situación en su trabajo habitual. Un 20,3% de ellas tiene esa consideración por un 5,9% de las mujeres sin maltrato.

Pérdida de empleo y baja laboral: Las mujeres con maltrato tienen mucha más preocupación por la pérdida de su empleo (11,7%) que las que no tienen ese antecedente (6,3%). El riesgo de tener esa percepción es el doble entre unas y otras.

No hay diferencias estadísticamente significativas respecto a si estuvieron en situación de baja laboral, sea por accidente laboral, sea por enfermedad profesional si bien un 6,1% de las mujeres con maltrato (3,8% de las que no lo han tenido) han estado de baja laboral por accidentes laboral, y un 12,1% de ellas (6,9% de las que no han tenido maltrato) lo han estado por una enfermedad profesional.

Necesidad de soporte social: Las mayores necesidades que tienen las mujeres maltratadas, en muchos casos con hijos a su cargo, hace que tengan una mayor frecuencia de necesidad de soporte económico social. Así, las mujeres maltratadas son en mayor proporción beneficiarias del salario social básico (4,1% vs. u 0,9% en las no maltratadas) lo que significa que tienen cerca de 5 veces más riesgo de necesitar la prestación de estos servicios de soporte social. No solo se considera la necesidad de soporte social un factor consecuencia del maltrato sino que hay estudios (Plazaola-Castaño et al., 2008) (Ruiz-Pérez et al., 2006) que indican que la propia ausencia de soporte social es un factor de riesgo en si para la presencia de maltrato en la mujer.

Por su parte, casi el mismo riesgo tienen las mujeres maltratadas de recibir prestaciones por hijo a cargo, que permiten apoyar las necesidades de las mujeres cuando tienen menores, o personas dependientes con grado de filiación con ellas. Un 5,5% de las mujeres con maltrato necesitan de este tipo de prestaciones por un 1,2% en las mujeres no maltratadas (OR=4,9).

Accesibilidad al sistema sanitario: el uso de los servicios sanitarios en conjunto en personas con antecedentes de maltrato es similar a la del conjunto personas adultas. Entre mujeres la situación es similar y no hay diferencias sustanciales.

No obstante, en un análisis pormenorizado, sí se observa una mayor frecuentación de profesionales del trabajo social en centros sanitarios entre mujeres maltratadas (5,5%) que en mujeres sin maltrato (1,2%). Eso significa un riesgo de casi 5 veces (4,8x) de necesidad de este tipo de servicio sanitario. Por otra parte, es también muy frecuente entre mujeres maltratadas el acudir a consultas de psicología o psiquiatría (15,1%) respecto a un 4,2% en mujeres sin maltrato con lo que la frecuentación en mujeres con maltrato es más de cuatro veces superior tanto en maltrato permanente como ocasional. Es, asimismo, más frecuente el uso de medicinas alternativas (acupuntura, homeopatía,

etc.) entre estas mujeres (9,6% vs 0,9%) significando un riesgo de casi 12x de usar este tipo de servicios entre mujeres maltratadas. Situación similar sucede en el uso de servicios de osteopatía (11% vs 1,5%) con una frecuencia 8,2x veces superior en mujeres con maltrato. Todas las diferencias son estadísticamente significativas.

Debido a que este tipo de mujeres, como ya indicamos más arriba, tienen una mayor proporción de frecuencia de accidentabilidad es también más frecuente el uso de atención sanitaria urgente (33% vs. 17% en mujeres no maltratadas) con un riesgo de 2,3x de usar este tipo de servicio cuando hay antecedentes de maltrato.

A pesar de los datos anteriores, es peculiar el hecho de ante la pregunta de si necesitó en algún momento atención médica y no la recibió, es más frecuente este hecho entre mujeres maltratadas (11%) que en las no maltratadas (4%). Todo ello genera un riesgo de 2,8x en mujeres maltratadas que necesitando atención médica no la recibe.

No obstante, otros estudios indican una mayor necesidad de uso de servicios sanitarios (Leserman et al., 1996), (Koss et al., 1991), (Kernic et al., 2000).

No hay diferencias en relación a los ingresos hospitalarios siendo similar la frecuencia de ingresos en mujeres con o sin antecedentes de maltrato.

Valoración de la accesibilidad a la atención sanitaria: en relación a la accesibilidad geográfica (distancia al consultorio médico). Solo un 47% de las mujeres maltratadas considera que su consultorio está cerca o bastante cerca de su domicilio por un 61% del resto de mujeres sin maltrato (OR=0,54). Si atendemos a la accesibilidad horaria, sucede algo parecido, solo le parece bien o muy bien el horario de consulta a un 34% de mujeres maltratadas respecto a un 46% de mujeres sin maltrato (OR=0,6). Esto sucede de forma similar tanto en el maltrato permanente como ocasional.

Utilización de servicios dentales: no se observa ningún cambio de patrón de uso de este tipo de servicios con alrededor del 33% de uso en el último año, si bien acudieron con menos frecuencia para chequeos las mujeres maltratadas (33,3% vs. 45%) y más para limpieza de boca (58% vs 44%) y menos para extracciones (8% vs. 13%). Las diferencias no son estadísticamente significativas.

Consumo de fármacos: existe una clara mayor tendencia a la toma de fármacos en personas con antecedentes de maltrato. Un 77% de las mujeres con maltrato han tomado fármacos en los últimos 15 días (un 61% en el caso mujeres sin maltrato) (OR:2,2; IC95%: 1,2-3,8). Es decir, estas mujeres tienen, al menos, un 24% más de consumo de fármacos en los quince días anteriores. Esa proporción de consumo de fármacos en mujeres maltratadas ha descendido un 1% respecto al año 2008.

Los medicamentos más utilizados en mujeres con estos antecedentes especialmente son los medicamentos para el dolor y/o bajar la fiebre: un 66% de ellas (respecto a un 28% de todas las mujeres) (diferencias no significativas) y un 37% (aumenta un 15% respecto al año 2008) de pastillas para los nervios (proporción casi el doble que el 15% de todas las mujeres) (OR: 3,2). O sea, las mujeres con antecedentes de maltrato consumen, al menos, un 71% más de psicofármacos que las que no lo tienen. Lo mismo sucede con el uso de antidepresivos, los consume un 36% de mujeres con maltrato por solo un 12% de mujeres sin maltrato (OR=4,14), significando que el riesgo de tomar antidepresivos es cuatro veces superior en antecedentes de maltrato. (Tabla 16)

En el resto de fármacos dentro de las mujeres con antecedentes de violencia o maltrato no hay diferencias sustanciales entre ambos tipos de mujeres. (Tabla 16)

Tabla 16. Consumo de fármacos en los 15 días anteriores en mujeres dependiendo de antecedentes de maltrato. Asturias. ESA-2012. Una vez controlado el efecto de la edad.(NS, no significativo).

	Maltrato	No maltrato	OR	P
Consumo de fármacos	% en mujeres	% en mujeres		
Consumo genérico de fármacos	76,7	53,5	2,89	0,000
Para catarro, resfriados, etc.	24,5	19,3	1,36	0,39 NS
Para dolor	66,0	59,4	1,32	0,37 NS
Para bajar la fiebre	4,0	5,5	0,72	0,66 NS
Reconstituyentes (vitaminas, minerales, tónicos, etc.)	14,0	8,9	1,37	0,24 NS
Laxantes	8,0	3,1	2,7	0,05 NS

Antibióticos	8,2	10,6	0,75	0,59 NS
Tranquilizantes, relajantes, pastillas para dormir	36,7	15,1	3,24	0,000
Para alergia	4,0	6,0	0,65	0,57 NS
Para diarrea	2,0	1,3	1,58	0,68 NS
Para reumatismo	6,0	6,8	0,88	0,83 NS
Para corazón	2,0	4,4	0,44	0,42 NS
Para tensión arterial	8,0	10,6	0,73	0,56 NS
Para estómago y alt digestivas	24,5	15,6	1,75	0,12 NS
Antidepresivos	36,0	11,9	4,14	0,000
Píldoras anticonceptivas	2,0	8,6	0,21	0,10 NS
Para adelgazar	2,0	0,3	8,0	0,08 NS
Para bajar colesterol	6,1	8,6	0,69	0,55 NS
Para diabetes mellitus	0,1	4,2		
Para tiroides	4,0	6,0	0,65	0,46 NS

Resumen:

Como habíamos comentado en los antecedentes y la bibliografía consultada, en los resultados encontrados en Asturias aparecen una serie de factores de riesgo, patrones de consumo, de utilización de servicios sanitarios así como la puesta en práctica de medidas preventivas ligados a la presencia de maltrato o violencia previa.

Así como para otro tipo de fenómenos se encuentran un gran abanico de consecuencias sobre la salud con resultados dualistas (por una parte, hay características favorables dependientes sobre todo de la mayor juventud de las personas inmigrantes y de otra aquellas en las que la privación social pueda estar influyendo), en el caso de las mujeres con antecedentes de maltrato no tienen ninguna variable que pueda indicar que tienen una mejor salud o una mejor capacidad de afrontamiento ante los problemas físicos, psíquicos, social y del entorno a los que las aboca la violencia sobre ellas.

Las mujeres con antecedentes de maltrato presentan por lo general un menor grado de salud física (mayor morbilidad), asociado a un menor nivel de salud psicológica o

conductual (especialmente en mujeres inmigrantes), mucha peor valoración de su vida sexuales, gran afectación de la vida social, muy pobre percepción de la salud y bienestar (peor valoración de calidad de vida y de salud); mayor consumo de drogas, cambios en los patrones de consumo de determinados fármacos, especialmente los relacionados con la ansiedad, y depresión y el uso de servicios sanitarios, menor puesta en práctica de algunas medidas preventivas, una pobre percepción de la situación laboral.

El corolario de todo ello nos indica que la población maltratada, y, en especial las mujeres maltratadas, tiene graves problemas, unos ligados al entorno social y al mercado laboral y la capacidad de llevar una vida plena, y otros ligados a consecuencias directas del maltrato o incluso a aquellos factores indirectos que generan una peor situación de salud. Es un problema de toda la sociedad prevenir la presencia de maltrato y mitigar el gran impacto que genera el mismo sobre la vida de las mujeres afectadas.

Bibliografía:

Campbell, J., Jones, AS., Dienemann, J., Kubb, J., Schollenberger, J., O'Campo, P. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med.* 162:1157-1163.

Coker, Al. Derrick, C., Lumpkin, JL., Aldrich, TE., Oldendick, R. (2000). Help-Seeking for intimate partner violence and forced sex in South Carolina. *Am J Prev Med*, 19:316-320.

Domingo-Salvany, A., Bacigaluoe, A., Carrasco, JM., Espelt, A., Ferrando, J., Borrell, C. (2013). Propuestas de clase social neweberiana y neomarxista a partir de la Clasificación Nacional de Ocupaciones 2011. *Gac Sanit.* 27(3):263–272. (En línea). <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv27n3/especial1.pdf>, acceso el 14 de abril de 2016.

Dominguez, JM., García, P., Cuberos, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de Psicología*, 24: 115-120.

García-Linares, MI., Sánchez-Llorente, S., Coe, CI. Martinez, M. (2004). Intimate male partner violence impairs immune control over herpes simplex virus type 1 in physically and psychologically abused women. *Psychosom Med.* 66:965-972.

Helweg-Larsen, K., Kruse, M. (2003). Violence against women and consequent health problems: a register based study. *Scand J Public Health*, 31: 51-57.

Herdman, M., Badia, X., Berra, S. (2001). El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria.* 28 (6): 425-429.

Leserman, J., Drossmann, DA., Li, Z., Toomet, TC., Nachman, G., Glogau, L. (1996). Sexual and physical abuse history in gastroenterology practice: how types of abuse impact health status. *Psychosom Med*, 58:4-15.

Kernic, MA., Wolf, ME., Holt, VL., (2000). Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *Am J Public Health*, 90:1416-1420.

Koss, MP., Koss, PG., Wooldruff, WJ. (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Arch Intern Med.* 151:342-347.

Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A., Lozano, R. Editors. (2002) *World report on violence and health.* (pp. 87-112). (en línea). http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.pdf, acceso el 14 de abril de 2016.

Maccauley, J., Kern, DE., Kolodner, K. Dill, L., Dechant, HK., Ryden, J., Bass, EB., Derogatis, LR. (1995). The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medical practices. *Ann Int Med*, 123: 737-746.

Margolles, M., Donate, I. (2008). *Encuesta de salud para Asturias 2008. Informe.* (pp. 32-36). Oviedo: Dirección General de Salud Pública. (en línea) [http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/Metodolog%C3%ADa:%20ESA%202008/ESA_2008_1_Metodologia\[1\].pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/Metodolog%C3%ADa:%20ESA%202008/ESA_2008_1_Metodologia[1].pdf), acceso el 14 de abril de 2016.

Margolles, M., Donate, I. (2011). *La salud en Asturias a través de las Encuestas.* (pp. 1-42). Oviedo: Dirección General de Salud Pública.

Margolles, M., Donate, I. (2011). Impacto en resultados de salud en mujeres maltratadas en el Principado de Asturias. *Gac Sanit.*;25(Espec Congr): 349

Margolles, M., Donate, I. (2012). *Encuesta de salud para Asturias 2012. Informe.* (pp. 50-54). Oviedo: Dirección General de Salud Pública. (en línea) http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA%202012/ESA2012_Informe.pdf, acceso el 14 de abril de 2016.

Margolles, M., Donate, I. (2015). Maltrato en Asturias, 2015. Informe breve número 18 de la Encuesta de Salud para Asturias, 20102. (pp. 1-2). Oviedo: Dirección General de Salud Pública. (en línea). http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA%202012/Breves/ESA%20IB18_maltrato.pdf, acceso el 14 de abril de 2016.

Pico-Alfonso, MA., Garcia-Linares, MI., Celda-Navarro, N., Herbert, J., Martinez, M. (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biol Psychiatry*, 56:233-240.

Plazaola-Castaño, J. y Ruiz-Perez, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc)*. 122 (12): 461-467.

Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., Montero-Piñar, MI., Grupo de estudios para el estudio de la Violencia de Género en España. (2008). The protective role of social support and intimate partner violence. *Gac Sanit.* 22(6):527-533.

Raya, L, Ruiz-Pérez, I, Plazaola-Castaño, J. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Aten Primaria*, 34: 117-124.

Regidor, E. (2001). La clasificación de clase social de Goldthorpe: marco de referencia para la propuesta de medición de la clase social del grupo de trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. *Rev Esp Salud Pública*, 75:13-22. (En línea). <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v75n1/v75n1a02.pdf>, acceso el 14 de abril de 2016.

Rocha, K., Pérez, K., Rodriguez-Sanz, M., Borrell, M., Obiols, J. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (QHQ-12) en la población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11, (1),125-139

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J. (2005). Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosom Med*, 67:791-797.

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J, Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J., Ayuso-Martin, P., Montero-Piñar, MI., y el Grupo para el estudio de la Violencia de Género en España. (2006). Geographical variability in violence against women in Spain. *Gac Sanit.* 20(3):202-208.

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J, Vives-Cases, C., Montero-Piñar, MI, Escriba-Aguir, V., Jimenez-Gutierrez, E., Martin-Baena, D, G6 para el estudio de la Violencia de Género en España. (2010). Geographical variability in violence against women in Spain. *Gac Sanit.* 24(2):128-135.

Sanz-Barbero, B., Rey, L., Otero-García, L. (2014). Health status and intimate partner violence. *Gac Sanit.* 28(2):102-108.

Vives-Cases, C., Gil-Gonzalez, D., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, MI., Ruiz-Perez, I., Escriba-Agüir, V., Ortiz-Barreda, G., Torrubiano-Dominguez, J., G6 para el estudio de la Violencia de Género en España. (2009). Gender-based violence against immigrant and Spanish women: scale of the problem, responses and current policies. *Gac Sanit.* 23 Suppl 1:100-106.

Vives, C., Alvarez-Dardet, C., Caballero, P. (2003). Violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit.* 17:268-274.

Vives, C., Caballero, P. Alvarez-Dardet, C., (2004). Análisis temporal de la mortalidad por Violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit.* 18:346-350.