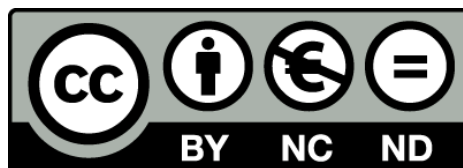


Violencia de pareja: detección, personalidad y bloqueo de la huida

Anna Torres Giménez



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 3.0. Spain License.**

TESIS DOCTORAL



Departamento de Salud Pública
Programa de Doctorado de Medicina

Violencia de pareja: detección, personalidad y bloqueo de la huida

Realizada por Anna Torres Giménez

Dirección

Dr. Carlos Ascaso Terrén
Dra. Lluïsa Garcia Esteve

Dedicatoria y agradecimientos

A Laura, por todo su cariño y apoyo incondicional, por su complicidad, confianza, afecto, y la comprensión mostrada.

A Marta, Josep y Conxita, por todo el afecto que me han dado.

A Puri, por su dedicación, por su apoyo y por su inestimable ayuda. A Estel, Anna Plaza, Alba, por su ayuda en la adversidad investigadora y por su amistad.

A M^a Jesús Tarragona, y a Zoe Herreras, por su participación sin la que no hubiese sido posible realizar este trabajo.

A Fernando Gutiérrez, por su asesoramiento, por despertar en mí el interés por la investigación y la personalidad.

A Susana Subirà y Rocío Martin-Santos por su dedicación a la investigación.

A Lluïsa Garcia, por su paciencia, entusiasmo, generosidad, por todo el conocimiento que me ha transmitido. Por su supervisión, apoyo, y por confiar en mí y darme la oportunidad de poder realizar este trabajo.

A Carlos Ascaso, por su supervisión y asesoramiento en estadística e investigación.

A todas las mujeres que han participado en este estudio.

A l'Hospital Clínic de Barcelona, que me concedió el Premi Final de Residència Emili Letang, sin el cual no hubiese sido posible parte de este trabajo.

Abreviaturas

ABC	<i>Área Bajo la Curva ROC</i>
AFE	<i>Análisis factorial exploratorio</i>
ANCOVA	<i>Análisis de la covarianza univariado</i>
AP	<i>Atención Primaria</i>
AVISA	<i>Años de vida saludable perdidos</i>
BDI	<i>Inventario de Depresión de Beck</i>
CATI	<i>Coolidge Axis II Inventory</i>
CFI	<i>Índice de ajuste comparativo</i>
CGPJ	<i>Consejo General del Poder Judicial</i>
CIS	<i>Centro de Investigaciones Sociológicas</i>
CTS	<i>Conflict Tactics Scale</i>
DAPP-BQ	<i>Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire</i>
DHEA	<i>Dehidroepiandrosterona</i>
DLS	<i>Decision to Leave Scale</i>
DSM-IV	<i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición</i>
DSM-V	<i>Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición</i>
EBHSM	<i>Escala de Bloqueo de la Huida en Situaciones de Maltrato</i>
PS	<i>Problemas socioeconómicos</i>
AM	<i>Apego y miedo al abandono</i>
CS	<i>Culpabilización y resignación</i>
IH	<i>Impacto en los hijos</i>
MD	<i>Miedo al daño y preocupación por la pareja</i>
SC	<i>Sensación de confusión</i>
EEUU	<i>Estados Unidos</i>
ETI-SF	<i>Early Trauma Inventory – short form</i>
FAP	<i>Fracción atribuible poblacional</i>
HHA	<i>Hipotálamo-hipofisario-adrenal</i>
IFI	<i>Índice de ajuste incremental</i>
ISA	<i>Index of Spouse Abuse</i>
ISA-NP	<i>Subescala no física</i>
ISA-P	<i>Subescala física</i>
LEAD	<i>Longitudinal Expert All Data</i>
MANCOVA	<i>Análisis de la covarianza multivariado</i>

MCFI	<i>Millon Clinical Multiaxial Inventory</i>
MMPI	<i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i>
MMT	<i>Modelo transteórico</i>
NICE	<i>National Institute for Health and Care Excellence</i>
ONU	<i>Organización de las Naciones Unidas</i>
PMWI	<i>Psychological Maltreatment of Women Inventory</i>
PMWI-SF	<i>Psychological Maltreatment of Women Inventory – short form</i>
D/A	<i>Dominancia / aislamiento</i>
E/V	<i>Emocional / verbal</i>
PVS	<i>Partner Violence Screen</i>
RMSEA	<i>Error de aproximación cuadrático</i>
TEPT	<i>Trastorno por estrés postraumático</i>
TP	<i>Trastorno de la personalidad</i>
USPSTF	<i>Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los Estados Unidos</i>
VP	<i>Violencia de pareja</i>
VPN	<i>Valor predictivo negativo</i>
VPP	<i>Valor predictivo positivo</i>
WAST	<i>Woman Abuse Screening Tool</i>
WLSMV	<i>Estimador robusto de mínimos cuadrados ponderados</i>

“(…) De ahí la enorme importancia que tiene para un patriarca, que debe conquistar, que debe gobernar, el creer que un gran número de personas, la mitad de la especie humana, son por naturaleza inferiores a él.”

Virginia Woolf (1929) *A Room of One's Own* (*traducción de Laura Pujol, 2008. Pág. 28*)

Índice

Justificación de la tesis.....	i
Marco Teórico	5
1.1 Violencia de pareja: generalidades	3
1.1.1. Concepto y definición de violencia de pareja	3
1.1.2. Clasificación de los tipos de violencia de pareja	5
1.1.3. Epidemiología de la violencia de pareja.....	8
1.1.3.1. Cifras de homicidios y ámbito judicial.....	8
1.1.3.2. Prevalencia de la violencia de pareja	10
1.2 Detección de la violencia de pareja	21
1.2.1. Detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario.....	21
1.2.2. Instrumentos de evaluación y cribado de la violencia de pareja.....	23
1.2.2.1. Instrumentos de evaluación de la VP	23
1.2.2.2. Instrumentos de evaluación de la VP psicológica.....	24
1.2.2.3. Instrumentos de cribado de la VP	25
1.3 Consecuencias de la violencia de pareja	31
1.3.1. Consecuencias de la violencia de pareja en la salud física	31
1.3.2. Consecuencias de la violencia de pareja en los hijos y en el entorno social	32
1.3.3. Consecuencias de la violencia de pareja en la salud psíquica	33
1.3.3.1. Trastornos depresivos.....	34
1.3.3.2. Trastorno por estrés postraumático	35
1.3.3.3. Síndrome de la mujer maltratada	35
1.3.3.4. Trastorno por estrés postraumático complejo	36
1.3.3.5. Otros trastornos.....	37
1.4. Personalidad, psicopatología y violencia de pareja	41
1.4.1. Concepto de personalidad y trastorno de la personalidad	41

1.4.2.	Modelo de personalidad de Livesley. Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ)	43
1.4.3.	Alteraciones de la personalidad en mujeres víctimas de violencia de pareja	47
1.5.	Permanencia con el maltratador	51
1.5.1.	Perspectiva teórica	51
1.5.1.1.	Teoría de la trampa psicológica	52
1.5.1.2.	Modelo de costes y beneficios	52
1.5.1.3.	Modelo de la inversión	52
1.5.1.4.	Teoría de la acción razonada / conducta planificada	53
1.5.1.5.	Modelo bifásico de la toma de decisiones	53
1.5.1.6.	Modelo transteórico del cambio.....	54
1.5.1.7.	Teoría de la unión traumática	54
1.5.1.8.	Adaptación paradójica a la violencia doméstica	55
1.5.1.9.	Indefensión aprendida	55
1.5.2.	Factores asociados a la permanencia en la situación de VP	56
1.5.3.	Instrumentos de medida de los motivos percibidos de permanencia en la situación de VP	57
	Objetivos e hipótesis	59
2.1.1.	Objetivos principales.....	61
2.1.2.	Objetivos secundarios	62
2.2.1.	Hipótesis principales	63
2.2.2.	Hipótesis secundarias.....	64
	Artículos	65
3.1.	Artículo 1. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario	67
3.1.1.	Resumen.....	67
3.1.1.1.	Objetivo.....	67
3.1.1.2.	Método	67
3.1.1.3.	Resultados	68
3.1.1.4.	Conclusión.....	69

3.1.2. Publicación en Medicina Clínica	71
3.2. Artículo 2. Detecting domestic violence: Spanish external validation of the Index of Spouse Abuse	79
3.2.1. Resumen.....	79
3.2.1.1. Objetivos	79
3.2.1.2. Método	79
3.2.1.3. Resultados	80
3.2.1.4. Conclusión.....	81
3.2.2. Publicación en Journal of Family Violence	83
3.3. Artículo 3. Relationship between intimate partner violence, depressive symptomatology, and personality traits	95
3.3.1. Resumen.....	95
3.3.1.1. Objetivo.....	95
3.3.1.2. Método	95
3.3.1.3. Resultados	96
3.3.1.4. Conclusión.....	96
3.3.2. Publicación en Journal of Family Violence	99
3.4. Artículo 4. Partner Violence Entrapment Scale: Development and Psychometric Testing	111
3.4.1. Resumen.....	111
3.4.1.1. Objetivo.....	111
3.4.1.2. Método	111
3.4.1.3. Resultados	112
3.4.1.4. Conclusión.....	113
3.4.2. Manuscrito sometido a publicación en Journal of Family Violence.....	115
Discusión y limitaciones.....	135
4.1. Discusión	137
4.1.1. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la VP en el ámbito sanitario.....	137
4.1.2. Estructura factorial, validez interna y externa del ISA	138

4.1.3. Relación entre VP, personalidad y sintomatología depresiva	140
4.1.4. Escala de Bloqueo de la Huida en Situaciones de Maltrato	141
4.2. Limitaciones.....	145
4.2.1. Artículos 1 y 2, sobre validación de cuestionarios de VP	145
4.2.2. Artículo 2, sobre validación del Index of Spouse Abuse	145
4.2.3. Artículo 3, sobre relación entre personalidad y VP	146
4.2.4. Artículo 4, sobre los motivos de bloqueo de la huida	146
Conclusiones.....	147
5.1. Conclusiones	149
Referencias bibliográficas	151
ANEXOS	179

Justificación de la tesis

En el año 2005, el equipo de investigación del Programa de Psiquiatría Perinatal y de Género del Hospital Clínic de Barcelona, con el objeto de aportar rigor científico a los conocimientos y a la intervención sanitaria en el campo de la violencia de género, propuso un proyecto de validación de instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario que recibió una ayuda de la Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques [actualmente Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya] del Servei Català de la Salut. Parte del equipo que presentó el proyecto forma parte de la *Comissió de Violència Intrafamiliar i de Gènere* de la Corporación Sanitaria CLINIC desde que fue constituida en el año 2000. Durante estos años la comisión ha priorizado la puesta en marcha de protocolos, la formación de personal sanitario y la difusión de la información a la institución mediante protocolos sanitarios como “Protocolo de intervención en víctimas de una agresión sexual”, “Protocolo de intervención en el Servicio de Urgencias en víctimas de violencia doméstica”, sesiones informativas para los programas de formación del personal médico, de enfermería y de trabajo social, sesiones clínicas, y la elaboración de una página web con la información y los protocolos necesarios. En el año 2006 me incorporé a esta línea de investigación como investigadora pre-doctoral, recibiendo el premio Final de Residencia Emili Letang de l'Hospital Clínic con el proyecto titulado: “Personalidad y bloqueo de la huida en víctimas de violencia doméstica”.

El objetivo general de esta tesis es avanzar en el conocimiento de la violencia de pareja, su detección, factores asociados, y sus consecuencias. De un modo más específico, con la presente tesis se pretende proporcionar herramientas validadas en nuestra población para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario, explorar la relación entre personalidad y victimización por violencia de pareja, y estudiar los motivos de bloqueo de la huida, escape o ruptura de la relación con el maltratador. La justificación para escoger dichos objetivos ha sido: a) la elevada prevalencia de la violencia de pareja en el ámbito sanitario y sus efectos nocivos para la salud de la mujer y sus hijos; b) la necesidad de mejorar la capacidad de los especialistas sanitarios en la detección de la violencia de pareja, y en la evaluación de las estrategias de intervención; c) la existencia de pocos estudios, y poco concluyentes, sobre la asociación entre factores de personalidad y victimización por violencia de pareja; y d) la necesidad de disponer de métodos de cuantificación de los motivos de bloqueo de la huida, que ayuden a un diseño más eficaz e individualizado de las estrategias de intervención.

La tesis se ha estructurado en cinco capítulos. El primer capítulo consiste en un marco teórico general con la definición y generalidades de la violencia de pareja, su detección, consecuencias físicas y psicológicas, asociación con factores de personalidad, y permanencia

con el maltratador. En el segundo capítulo se han descrito los objetivos y las hipótesis de la tesis. El tercer capítulo comprende los cuatro artículos que forman parte de esta tesis, descritos más abajo. En el cuarto capítulo se realiza la discusión y limitaciones de la tesis. Finalmente, en el quinto capítulo aparecen las conclusiones.

Artículos que forman parte de la tesis

Objetivo 1:

Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario

Lluïsa Garcia-Esteve, Anna Torres, Purificación Navarro, Carlos Ascaso, M^a Luisa Imaz, Zoe Herreras, Manuel Valdés

Medicina Clínica (Barcelona), 2011; 137(9):390-397

Factor de impacto SCI: 1,38. Segundo cuartil de Medicina General e Interna.

Objetivo 2:

Detecting Domestic Violence: Spanish External Validation of the Index of Spouse Abuse

Anna Torres, Purificación Navarro, Lluïsa Garcia-Esteve, M^a Jesús Tarragona, Carlos Ascaso, Zoe Herreras, Estel Gelabert, M^a Luisa Imaz, Alba Roca, Susana Subirà, Rocío Martin-Santos

Journal of Family Violence, 2010; 25:275-286

Factor de impacto SSCI: 0,95. Tercer cuartil de Estudios Familia. Tercer cuartil de Psicología Clínica.

Objetivo 3:

Relationship between intimate partner violence, depressive symptomatology, and personality traits

Anna Torres, Lluïsa Garcia-Esteve, Purificación Navarro, M^a Jesús Tarragona, M^a Luisa Imaz, Carlos Ascaso, Estel Gelabert, Anna Plaza, Susana Subirà, Manuel Valdés, Rocío Martin-Santos

Journal of Family Violence, 2013; 28:369-379

Factor de impacto SSCI: 0,94. Tercer cuartil de Estudios Familia. Tercer cuartil de Psicología Clínica.

Objetivo 4:

Partner Violence Entrapment Scale: Development and psychometric testing

Anna Torres, Purificación Navarro, Fernando Gutiérrez, M^a Jesús Tarragona, M^a Luisa Imaz,
Carlos Ascaso, Zoe Herrerias, Manuel Valdés, Lluïsa Garcia-Esteve

Sometido a publicación en Journal of Family Violence

*Factor de impacto SSCI: 0,94. Tercer cuartil de Estudios Familia. Tercer cuartil de Psicología
Clínica.*

Los resultados, parciales y finales, de esta tesis han sido presentados en diversos congresos, tanto nacionales como internacionales:

A. Torres, P. Navarro, F. Gutiérrez, Ll. Garcia-Esteve, C. Ascaso, MJ. Tarragona, Z. Herrerias, J. Guarch. “Escala de Bloqueo de la Huída en Situaciones de Maltrato: desarrollo y análisis preliminar de las propiedades psicométricas”. 1er Congrés Català de Dona i Salut Mental. Barcelona, 15-16 Diciembre 2006. Comunicación oral.

Ll. Garcia-Esteve, A. Torres, P. Navarro, MJ. Tarragona, E. Gelabert, Z. Herrerias, T. Echeverria, S. Subirà, C. Ascaso. “Spanish validation of the Index of Spouse Abuse”. 16th AEP congress Nice, France, Abril 5-9 2008. Póster. Resumen de comunicaciones publicado en: European Psychiatry 2008; Vol 23 (supl 2) S371.

Ll. Garcia-Esteve, P. Navarro, A. Torres, MJ. Tarragona, A. Plaza, U. Farras, C. Salanova, F. Gutierrez, R. Martin-Santos “Block Escape in Intimate Partner Violence Scale: development and preliminar analysis of its psychometric properties”. 16th AEP congress. Nice, France, Abril 5-9 2008. Póster. Resumen de comunicaciones publicado en: European Psychiatry 2008; Vol 23 (supl 2) S371.

A. Torres, Ll. Garcia-Esteve, P. Navarro, M.J. Tarragona, M.L. Imaz, F. Gutiérrez, C. Santos, C. Ascaso, R. Martin-Santos, S. Subirà. “Personality profile or posttraumatic stress disorder? Personality characteristics in women victim of chronic intimate partner violence”. 18 AEP Congress. Munich, Germany, 27 febrero – 2 marzo 2010. Póster. Resumen de comunicaciones publicado en: European Psychiatry 2010; Vol 25 (supl 1) 1413.

A. Torres, A. Plaza, Ll. Garcia-Esteve, M.L. Imaz, P. Navarro, M.J. Tarragona, F. Gutiérrez, C. Ascaso, S. Subirà, R. Martin-Santos. “Impacto diferencial de las experiencias traumáticas de la infancia y la vida adulta en la personalidad”. XIV Congreso Nacional de Psiquiatría Barcelona, 18-22 octubre 2010. Póster.

A. Torres, Ll. Garcia-Esteve, P. Navarro, M.J. Tarragona, M.L. Imaz, A. Plaza, C. Ascaso, M. Pérez, S. Subirà, R. Martin-Santos. “Prevalence and impact on mental health of

childhood abuse history in battered women”. 4th World Congress on Women Mental Health.
Madrid, 16-19 Marzo 2011. Póster.

Capítulo 1

Marco Teórico

1.1 Violencia de pareja: generalidades

1.1.1. Concepto y definición de violencia de pareja

En la actualidad existe confusión y falta de consenso en cuanto a la nomenclatura que se emplea para referirse a la *violencia de pareja*. Se tiende a emplear los términos de *violencia de pareja*, *violencia intrafamiliar*, *violencia doméstica* o *violencia de género* indistintamente, cuando hacen referencia a distintos ámbitos.

La *violencia de género* es el término más amplio, y se emplea para referirse a cualquier tipo de violencia ejercida hacia la mujer sobre la base de su género. La definición de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de 1993 es la más aceptada y la que ha servido de base para documentos posteriores.

“(…) por *violencia contra la mujer* [o *violencia de género*] se entiende todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”

Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, ONU, 1993
[Artículo 1]¹

“Se entenderá que la *violencia contra la mujer* abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos:

- a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual a las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina, y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;

- b) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;
- c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.”

Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, ONU, 1993 [Artículo 2]¹

Posteriormente, en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer de la ONU, celebrada en Beijing en 1995², en su artículo 113 mantiene la misma definición de *violencia contra la mujer* introduciendo el concepto del género: “(...) se refiere a todo acto de violencia basado en el género (...)” y añade en sus artículos 114 y 115 otros actos de *violencia contra la mujer* como “(...) las violaciones de los derechos humanos de la mujer en situaciones de conflicto armado, en particular los asesinatos, las violaciones sistemáticas, la esclavitud sexual y los embarazos forzados. (...) la esterilización forzada y el aborto forzado, la utilización coercitiva o forzada de anticonceptivos, el infanticidio de niñas y la determinación prenatal del sexo.”

Esta definición remarca el hecho de que se trata de una violencia *basada en el género*, es decir, que se halla arraigada en estructuras, creencias y normas sociales y culturales basadas en el género, más que en acciones individuales; y que es estructural, es decir, que se produce tanto en la vida pública como en la privada, comprendiendo desde la familia hasta el Estado. En la Conferencia de Beijing se señala que “(...) es uno de los mecanismos sociales fundamentales mediante los que se coloca a la mujer en una posición de subordinación frente al hombre. (...) es una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo.” [Artículos 117 y 118]².

En este contexto, la *violencia de pareja* ejercida por el hombre contra la mujer es un tipo de *violencia de género* que se produce en el contexto de una relación íntima. El Grupo de Trabajo en Violencia y Familia de la Asociación Americana de Psicología define la *violencia de pareja* como:

“(...) un patrón de conductas abusivas, que incluyen un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico, usado por una persona en una relación íntima contra otra, para mantener el poder, el control y la autoridad sobre esa persona.”³

De esta definición se deriva que la *violencia de pareja* es intencional, sistemática, y se basa en una relación asimétrica de poder. La presente Tesis Doctoral se centra en la *violencia de pareja* ejercida por el hombre contra la mujer, por lo que el concepto *violencia de pareja* se empleará para referirse a aquella situación en la que el agresor es el hombre, la víctima es la mujer y la violencia (en cualquiera de sus formas) se produce en el contexto de una relación íntima actual o pasada.

1.1.2. Clasificación de los tipos de violencia de pareja

La *violencia de pareja* (VP) habitualmente se clasifica como violencia física, violencia psicológica o violencia sexual, conforme a la naturaleza de los actos violentos (Figura 1).

1. **Violencia Física:** Se define según el Centro Nacional para la Prevención y el Control de Lesiones de Estados Unidos (EEUU) como “el uso intencionado de la fuerza física con el potencial de causar la muerte, discapacidad, lesión o daño físico”⁴. Straus y Gelles definen la violencia física en el contexto de la VP como “un acto realizado con la intención, o intención percibida, de causar dolor físico o lesiones a otra persona”⁵. La VP física incluye desde agresiones leves hasta agresiones muy graves con potencial de causar discapacidad o incluso la muerte. Suele ir precedida de la VP psicológica. La VP física es de carácter episódico, inicialmente puede ser de carácter muy aislado o limitado, pero en muchos casos tiende a evolucionar en escalada en frecuencia e intensidad.
2. **Violencia Psicológica:** No existe una definición consensuada de VP psicológica. Straus en 1979 la definió como “el uso de actos verbales y no verbales que simbólicamente lastiman a la otra persona o el uso de amenazas de lastimar a la otra persona”⁶. En los años noventa, paralelamente al desarrollo de instrumentos de VP psicológica, el concepto recibió varias definiciones, tales como “...conductas que se pueden utilizar para aterrorizar a la víctima (...) que no implican el uso de la fuerza física”⁷, “...actos aversivos o de coacción destinados a producir un daño emocional o una amenaza de daño”⁸, “un proceso continuo en el que un individuo disminuye sistemáticamente y destruye a otro (...) Las ideas esenciales, los sentimientos, las percepciones y las características de la personalidad de la víctima son constantemente menospreciados”⁹. Recientemente, Follingstad ha publicado una revisión en que apunta la falta de consenso en la definición de VP psicológica, y la dificultad de operacionalizar el

constructo a partir de estas definiciones. La autora definió el concepto como “una serie de conductas habituales o reiterativas empleadas en una relación de pareja íntima, en el contexto de una relación asimétrica, que abarcan una gama de métodos verbales y mentales diseñados para herir emocionalmente, coaccionar, controlar, intimidar, dañar psicológicamente y expresar ira”¹⁰. Algunas clasificaciones de VP consideran que el maltrato económico, el aislamiento, o el maltrato espiritual serían categorías diferentes respecto a la VP psicológica (Figura 1). Sin embargo, se prefiere considerarlas subtipos de VP psicológica, ya que son estrategias de dominación y sumisión verbales y mentales que producen un proceso de desvalorización y sufrimiento psíquico, y que, por tanto, quedan bien englobadas en la última definición que se ha expuesto. La VP psicológica se sirve de una amplia variedad de estrategias como las que se incluyen en la Figura 1, si bien no se limita a ellas. De hecho, algunos autores sugieren que el aspecto más importante de la VP psicológica es la habilidad de dañar empleando el conocimiento íntimo de las vulnerabilidades de la otra persona¹¹. La VP psicológica tiene un carácter sistemático y continuo¹². La VP psicológica tiene un impacto independiente sobre la salud y el bienestar de la víctima, en algunos casos superior a la VP física¹³⁻¹⁸.

3. **Violencia Sexual:** La VP sexual se refiere a cualquier tipo de actividad sexual no consentida o forzada en el contexto de una relación íntima. Abraham la define como “(...) relaciones sexuales sin consentimiento, agresión sexual, violación, control sexual de los derechos reproductivos, y todas las formas de manipulación sexual llevadas a cabo con la intención o la intención percibida de causar degradación emocional, sexual y física a la otra persona”¹⁹.

Algunos autores sugieren que esta categorización es artificial puesto que la VP física inflige también daño psicológico a las víctimas, y ambas formas de VP establecen dominancia y control sobre la víctima²⁰. Si bien la VP psicológica puede resultar inherente a la VP física o sexual, o bien antecederlas, aquélla se suele dar también sola.

		TIPOS	ESTRATEGIAS	EFFECTOS
VIOLENCIA DE PAREJA	MALTRATO PSICOLÓGICO	Maltrato económico	Control abusivo de las finanzas, impedirle trabajar	Dependencia económica
		Aislamiento	Control abusivo de la vida de la pareja, restringir relaciones	Dependencia, privación de apoyo social
		Abuso verbal	Insultar, rebajar, ridiculizar, humillar	Intimidación, miedo, ansiedad, terror, sumisión
		Intimidación	Asustar con miradas, gestos, arrojar objetos, destrozar propiedad, mostrar armas, cambios bruscos humor	
		Amenazas	De dañar a la víctima, seres queridos, animales domésticos, de matar, de suicidarse, de llevarse a los hijos, de irse	
		Abuso emocional	Desvalorizar, tratar como a un ser inferior, tomar decisiones sin consultarle	
		Negación, culpabilización	<i>Luz de gas</i> * o negación, culpabilizar, hacer creer a la pareja que tiene problemas mentales	Inseguridad, indefensión, impide el cambio
		Maltrato espiritual	Destruir las creencias culturales o religiosas de la víctima, obligar a que acepte un sistema de creencias	Sumisión, debilita la habilidad para el pensamiento crítico o las propias opiniones
		Acoso	Cuando la relación ha terminado: llamar repetidamente, seguirla, aparecer en la casa o en el trabajo, contactar su familia	Intimidación, miedo, ansiedad
		MALTRATO FÍSICO	Empujones, tirones de pelo, bofetadas, golpes, patadas, quemaduras, mordeduras, estrangulamientos, puñaladas, mutilación genital, tortura, asesinato	Infundir miedo, ansiedad, terror, sumisión, humillación
MALTRATO SEXUAL	Relación sexual obligada, violación, ejecución de actos sexuales dolorosos o humillantes			

Figura 1. Tipos de violencia de pareja, estrategias y efectos. Elaboración a partir de Labrador (2004)²¹, Ruiz-Jarabo y Blanco (2004)²², Escudero (2005)²³, Sanmartín (2004)²⁴, Tjaden (1998)²⁵, Asensi (2008)²⁶. *En referencia a la película *Luz de Gas*, película británica de 1940, dirigida por Thorold Dickinson.

1.1.3. Epidemiología de la violencia de pareja

1.1.3.1. Cifras de homicidios y ámbito judicial

Una primera aproximación a la magnitud de la VP es el estudio de la prevalencia de homicidios por parte de la pareja o expareja. Empleando como fuente los datos del Instituto de la Mujer²⁷, se observa como el número de mujeres asesinadas por su pareja o expareja se ha mantenido en una media de 61 mujeres al año, si bien parece observarse una tendencia a la disminución en los últimos dos años (Figura 2). Un dato a destacar es el hecho de que las agresiones con resultado de muerte se producen tanto durante la relación como habiéndose terminado ésta (Figura 2).

Tomando como referencia los datos del 2012, un gran número de víctimas mortales por VP no había denunciado previamente (80%); por el contrario, el 8% tenía medidas de protección en vigor²⁸.

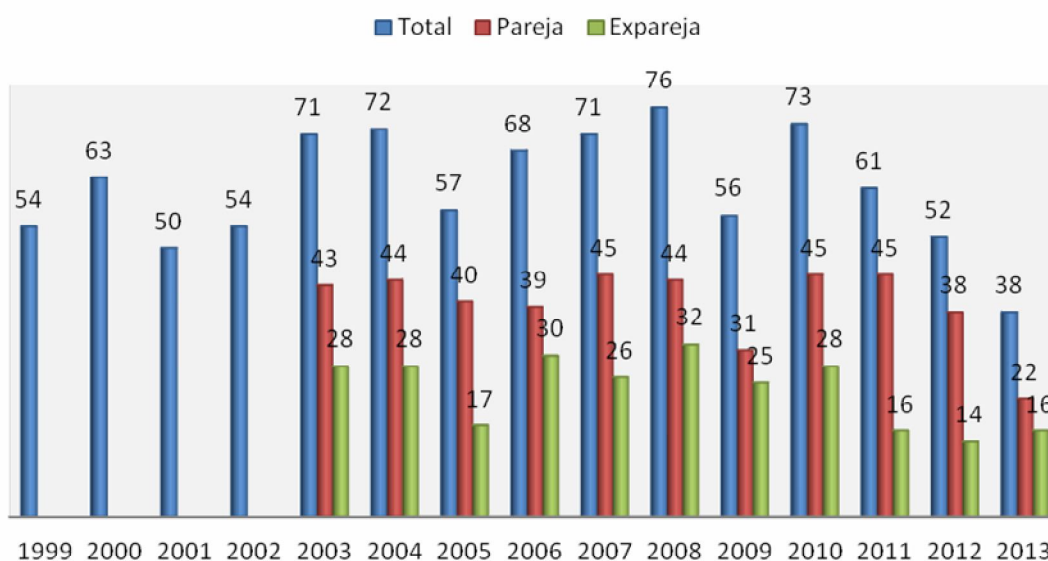


Figura 2. Homicidios por violencia de pareja según relación entre víctima y agresor. Datos extraídos del Instituto de la Mujer²⁷ a partir de los datos de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, información de prensa y del Ministerio del Interior.

A nivel comparativo, se dispone del II Informe Internacional sobre Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja realizado por el Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia²⁹. En este informe, se compararon las cifras relativas (prevalencia por millón) de homicidios por parte de la pareja de los 23 países de los que se obtuvo datos (el 65% países europeos). En la Figura 3 se observan las prevalencias de estos países, exceptuando Luxemburgo, Malta, Islandia y Andorra. En general, los países del sur de Europa tienen

menores prevalencias que los países nórdicos y centroeuropeos. Destaca la escasez de datos de países americanos y la práctica inexistencia de datos de países asiáticos y africanos.

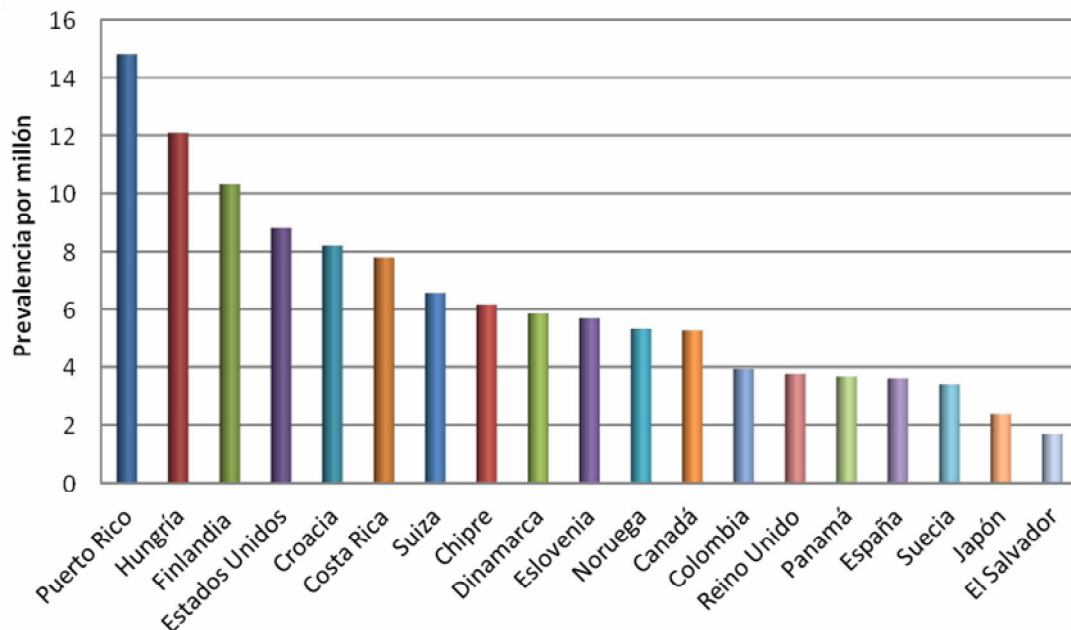


Figura 3. Prevalencia relativa de homicidios por violencia de pareja en distintos países.

Datos procedentes del II Informe Internacional sobre Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja²⁹.

Una forma de estimar la incidencia de VP es a través del número de denuncias. Las denuncias en España por VP han experimentado en los últimos años un dramático incremento, desde 16.000 denuncias en 1995³⁰ hasta una media de 130.000 en los últimos años (Figura 4). En cifras relativas, las denuncias se han incrementado de 8,17 por cada 10.000 mujeres³⁰, a 53,63 por cada 10.000 mujeres en el año 2012³¹. Este incremento se ha producido en paralelo a los cambios legislativos en España en referencia a la violencia de género, por lo que probablemente el incremento haya que atribuirlo a estos cambios más que a un aumento real en la prevalencia de dicho fenómeno. Concretamente, en 1989 se penaliza por primera vez en el código penal la violencia física intrafamiliar³². Posteriormente, en 1995 se incluye el delito de violencia física familiar habitual exigiendo convivencia entre víctima y agresor³³; en 1999 se incluye la violencia psíquica habitual³⁴; en 2003 se regulan las órdenes de alejamiento³⁵; y finalmente en 2004 se promulga de Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género³⁶.

El número de denuncias no son una buena estimación de la prevalencia de VP puesto que deben confluír la existencia de malos tratos, la consciencia de éstos y la voluntad de

denunciar. Tal y como se puede observar en la Figura 5 la mayoría de casos de VP no se denuncian. Por tanto, otra forma de obtener cifras de prevalencia es mediante encuestas.

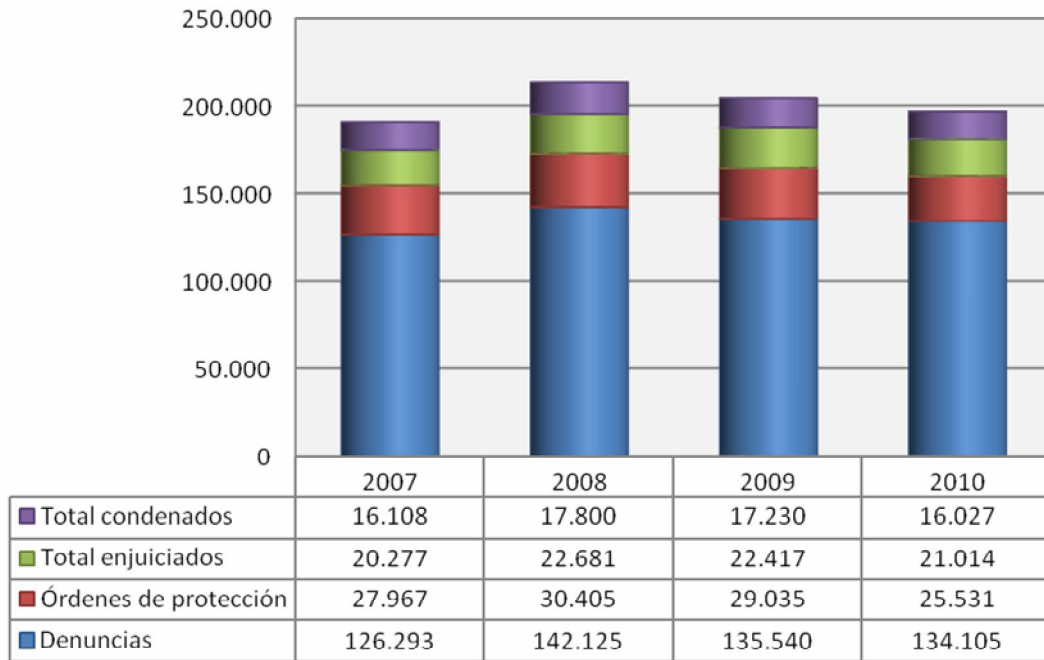


Figura 4. Evolución del número de denuncias, órdenes de protección, enjuiciados y condenados de 2007 a 2010. Datos extraídos del Instituto de la Mujer²⁷

1.1.3.2. Prevalencia de la violencia de pareja

En distintos países, se han elaborado un gran número de encuestas nacionales y estudios en poblaciones específicas con el fin de obtener datos de prevalencia tanto de VP, como de tipos de VP. En la Tabla 1 se describen algunos de los principales estudios internacionales de prevalencia de la VP, tanto en muestra general como en muestra clínica.

Existe una notable heterogeneidad en los datos de prevalencia, que podrían atribuirse a diferencias en la prevalencia de VP entre diferentes países, poblaciones (general vs. clínica), y en la metodología e instrumentos específicos empleados para la medición de VP. La mayoría de estudios miden la VP física y sexual, pero no miden la VP psicológica. En un metanálisis de estudios de prevalencia de la VP se halló que casi la mitad de estudios habían empleado para la medición de VP un instrumento propio, dificultando la comparabilidad de los datos de prevalencia³⁷.

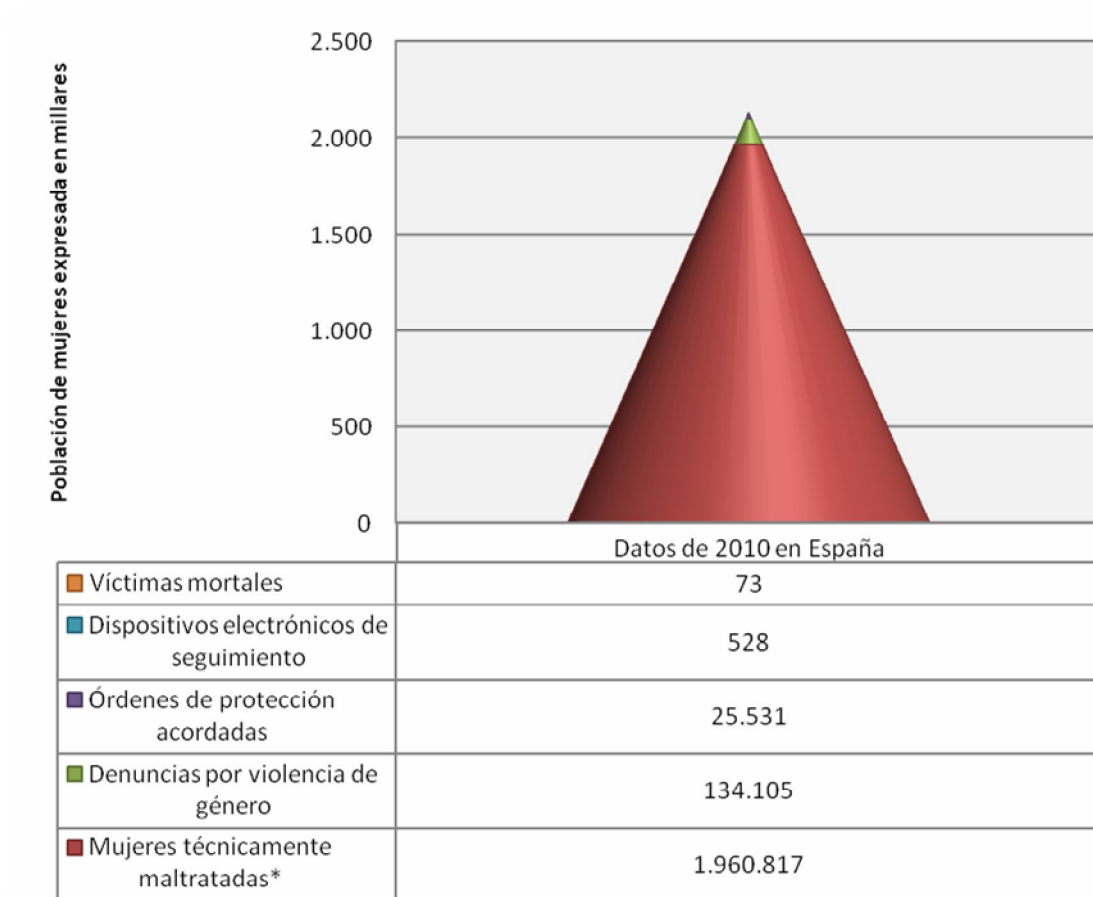


Figura 5. Violencia de Pareja en España en 2010. Datos extraídos de Instituto de la Mujer²⁷, CGPJ³¹. *Estimación a partir de la prevalencia de VP hallada en la Macroencuesta sobre violencia doméstica³⁸⁻⁴⁰.

Si tomamos como referencia la VP física a lo largo de la vida, hallamos que en los países desarrollados las cifras oscilan entre un 6%-37% (Tabla 1). Las cifras de VP física a lo largo de la vida en los países en vía de desarrollo oscilan entre 6%-60%. En España, se han realizado cuatro grandes macroencuestas³⁸⁻⁴¹ para la estimación de la prevalencia de violencia doméstica. Concretamente, se estimó el número de mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. Las macroencuestas de 1999, 2002 y 2006 estuvieron promovidas por el Instituto de la Mujer, mientras que la macroencuesta de 2011 estuvo promovida por el Centro de Investigaciones Sociológicas (CIS). En las tres primeras macroencuestas se realizó una encuesta telefónica a una muestra amplia y representativa de mujeres mayores de 18 años (> 20000). El objetivo de la macroencuesta era medir tanto el maltrato físico como el maltrato psicológico. Para ello se diseñó una encuesta que contenía 26 indicadores de maltrato, y que se contestaba conforme a la frecuencia desde “nunca” hasta “frecuentemente” (Tabla 2). Trece de los indicadores de maltrato se consideraron indicadores fuertes de maltrato. De esta forma, se definieron dos situaciones de maltrato: maltrato Tipo A o “técnicamente maltratada”, que incluía toda mujer

que respondía “frecuentemente” o “a veces” a cualquiera de los 13 indicadores fuertes de maltrato; y maltrato Tipo B, que incluía aquellas mujeres que se autodenominaban maltratadas. Tomando en consideración el maltrato Tipo A, del 9,6% al 12,4% de las mujeres españolas es víctima de maltrato intrafamiliar en el último año. Un estudio epidemiológico realizado en Madrid en el año 2010 arroja unos datos de prevalencia de VP en el último año del 10%⁴².

Los datos de prevalencia de VP a lo largo de la vida son mayores en muestras clínicas en comparación con la población general (Tabla 1). En atención primaria (AP) se observan cifras de prevalencia a lo largo de la vida de VP entre 20%-40%. En los servicios de Urgencias se han hallado cifras de prevalencia en torno al 40%, y en los centros de Salud Mental se han hallado cifras de prevalencia de VP a lo largo de la vida entre 25%-70%. En un estudio realizado en España con muestras procedentes de centros de AP de Andalucía, Madrid y Valencia se halló una prevalencia-vida de VP del 32%⁴³. De un modo consistente con estos resultados de prevalencia, se ha sugerido que las mujeres víctimas de VP hacen un mayor uso del sistema sanitario⁴⁴. Por este motivo se han ido desarrollando en los últimos años instrumentos de detección de la VP específicos para el ámbito sanitario.

Tabla 1. Estudios de prevalencia de VP

Autores	País	Año	Muestra	Instrumento†	Prevalencia‡	Observaciones
<i>Grandes macroencuestas poblacionales</i>						
Straus et al. ^{6,45}	EEUU	1975	2143 hombres y mujeres 18 -65 años	CTS	VF ^a : 12,1%	
Straus et al. ⁵	EEUU	1985	3520 hombres y mujeres >18 años	CTS	VF ^a : 11,3%	
Tjaden et al. ⁴⁶	EEUU	1995	8000 mujeres >18 años	Encuesta diseñada ad hoc, CTS	V ^a : 1,8% VF ^a : 1,3% VS ^a : 0,2% V ^v : 25,5% VF ^v : 22,1% VS ^v : 7,7%	
Breiding et al. ⁴⁷	EEUU	2005	70000 hombres y mujeres	BRFSS	VF ^a y/o VS ^a : 1,4% V ^v : 26,4% VF ^v : 20,2% VS ^v : 10,2%	
Enquête Sociale Générale ⁴⁸	Canadá	1993	12300 mujeres >18 años	Encuesta diseñada ad hoc	VF ^a y/o VS ^a : 3% VF ^v y/o VS ^v : 25%	
Enquête Sociale Générale ⁴⁸	Canadá	1999	14269 mujeres >15 años	Encuesta diseñada ad hoc	VF ^a y/o VS ^a : 3%	Tendencia a la disminución respecto a 1993
Jaspard et al. ⁴⁹	Francia	2003	6970 mujeres 20 – 59 años	IVAWS	VF ^a : 2,5% VS ^a : 0,9%	

Autores	País	Año	Muestra	Instrumento †	Prevalencia ‡	Observaciones
Gillioz et al. ⁵⁰	Suiza	1994	1500 mujeres	Encuesta diseñada ad hoc	VF ^a : 6,1% VS ^a : 0,8% VP ^a : 26,2% VF ^v : 12,6% VS ^v : 11,6% VP ^v : 40,4%	
Mirrlees-Black et al. ⁵¹	Gran Bretaña	1996	6098 mujeres	Encuesta diseñada ad hoc	VF ^a : 4,2% VF ^v : 23%	
Heinskanen et al. ⁵²	Finlandia	1997	4955 mujeres 18 – 74 años	Encuesta diseñada ad hoc	VF ^a y/o VS ^a : 9% VF ^v y/o VS ^v : 22%	
OMS ⁵³	Serbia-Montenegro Samoa Perú Brasil Namibia Etiopía Tanzania Bangladesh Tailandia Japón Nueva Zelanda	2005	24000 mujeres	OMS	VF ^v : 13% (Japón) – 61% (Perú) VS ^v : 6% (Japón) – 59% (Etiopía)	Encuesta domiciliaria realizada en uno o dos entornos: - Capital - Zona rural
Mouzos et al. ⁵⁴	Australia	2004	6677 mujeres 18 – 69 años	IVAWS	VF ^a : 3% VS ^a : 1% VF ^v : 31% VS ^v : 12%	
DESUC ⁵⁵	Chile	2008	1109 mujeres 15 – 59 años	Encuesta diseñada ad hoc	VF ^v : 15% VS ^v : 15,6% VP ^v : 37,2%	
USAID ⁵⁶	Colombia	2004	37000 hogares	DHS	VF ^v : 33,4% VS ^v : 11,5%	
BMFSFJ ⁵⁷	Alemania	2003	10264 mujeres 16 – 85 años	IVAWS	VF ^v : 37% VS ^v : 13%	
Watson ⁵⁸	Irlanda	2003	3077 hombres y mujeres >18 años	Encuesta diseñada ad hoc	VF ^v : 9% VS ^v : 8% VP ^v : 8%	Prevalencias para <i>violencia severa</i>
ISTAT ⁵⁹	Italia	2007	60000 mujeres 16 – 70 años	IVAWS	VF ^a : 1,7% VS ^a : 1% VF ^v : 12,2% VS ^v : 6,1%	
INEGI ⁶⁰	México	2006	128000 hogares Mujeres > 15 años	Encuesta diseñada ad hoc	VF ^a y/o VS ^a : 40,2% VF ^v y/o VS ^v : 46,7%	
Meekers et al. ⁶¹	Bolivia	2008		DHS	VF ^a : 23,1% VS ^a : 6,4%	
Moroccan High Commission of Planning ⁶²	Marruecos	2009	8300 mujeres 18 – 65 años	Encuesta diseñada ad hoc	VF ^v : 6,4% VS ^v : 6,6% VP ^v : 38,8%	
Lundgren et al. ⁶³	Suecia	2001	6926 mujeres 18 – 64 años	IVAWS	VF ^v : 28% VS ^v : 16%	
Parish et al. ⁶⁴	China	1999	3806 mujeres 20 – 64 años	Encuesta diseñada ad hoc	VF ^v : 12%	

Autores	País	Año	Muestra	Instrumento†	Prevalencia‡	Observaciones
ICON – Public Sector ⁶⁵	Turquía	2009	12795 mujeres	OMS	VF ^a : 10% VS ^a : 7% VP ^a : 25% VF ^v : 39% VS ^v : 15% VP ^v : 44%	
Instituto de la Mujer ³⁸	España	1999	20552 mujeres >18 años	Macroencuesta “Violencia sobre las mujeres”	V ^a Tipo A: 12,4% V ^a Tipo B: 4,2%	No distingue violencia por la pareja de violencia intrafamiliar. Tipo A: “Técnicamente maltratadas” Tipo B: se autodenominan maltratadas
Instituto de la Mujer ³⁹	España	2002	20000 Mujeres >18 años	Macroencuesta “Violencia sobre las mujeres”	V ^a Tipo A: 11,1% V ^a Tipo B: 4%	No distingue violencia por la pareja de violencia intrafamiliar. Tipo A: “Técnicamente maltratadas” Tipo B: se autodenominan maltratadas
Instituto de la Mujer ⁴⁰	España	2006	32426 mujeres >18 años	Macroencuesta “Violencia sobre las mujeres”	V ^a Tipo A: 9,6% V ^a Tipo B: 3,6%	No distingue violencia por la pareja de violencia intrafamiliar. Tipo A: “Técnicamente maltratadas” Tipo B: se autodenominan maltratadas
Centro de Investigaciones Sociológicas ⁴¹	España	2011	7898 mujeres >18 años	Encuesta diseñada ad hoc	V ^a Tipo B: 3%	Tipo B: se autodenominan maltratadas
<i>Estudios epidemiológicos locales</i>						
Breiding et al. ⁶⁶	EEUU	2005	25000 hombres y mujeres ámbito rural	BRFSS	V ^v : 26,7% (mujeres)	
Thompson et al. ⁶⁷	EEUU	2006	3568 mujeres 18 – 64 años	BRFSS WEB	V ^a : 7,9% V ^v : 44%	10.7% - 21.0% más de una pareja; 5 años de duración media; 5-13% >20 años. VP > en mujeres jóvenes, menos ingresos y menor nivel educativo, y abusos en la infancia

Autores	País	Año	Muestra	Instrumento†	Prevalencia‡	Observaciones
Rinfret-Raynor et al. ⁶⁸	Canadá (Quebec)	2004	2120 mujeres		VF ^v : 6,1% VS ^v : 6,8%	
Anacleto et al. ⁶⁹	Brasil	2009	1042 mujeres 20 – 59 años	CTS	VF ^v : 9,3% VP ^v : 79%	
Yanqiu et al. ⁷⁰	China	2011	1771 mujeres ámbito rural	CTS2	VF ^a : 8% VP ^a : 32% VF ^v : 34% VS ^v : 4% VP ^v : 68%	
Vakili et al. ⁷¹	Irán	2010	702 mujeres	Encuesta diseñada ad hoc	VF ^v : 43,7% VS ^v : 30,9% VP ^v : 82,6%	
Ali et al. ⁷²	Paquistán	2011	759 mujeres 25 – 60 años	OMS	VF ^a : 56,3% VS ^a : 53,4% VP ^a : 81,8% VF ^v : 57,6% VS ^v : 54,5% VP ^v : 83,6%	
Zorrilla et al. ⁴²	España (Madrid)	2010	2136 mujeres 18 – 70 años	CTS IVAWS	V ^a : 10,1% VF ^a : 2,4% VS ^a : 1,1% VP ^a : 8,6%	
<i>Estudios con muestras clínicas</i>						
<i>Estudios con muestras Servicios Urgencias</i>						
Koziol-McLain et al. ⁷³	Nueva Zelanda	2004	174 mujeres 18 – 88 años	PVS	V ^a : 21,3% V ^v : 44,3%	
Parekh et al. ⁷⁴	EEUU	2012	194 mujeres con lesiones traumáticas	Pregunta sobre agresión física por la pareja	VF ^a : 16%	
Brokaw et al. ⁷⁵	EEUU	2002	421	Instrumento ad hoc	VF ^v : 47,3%	
Ernst et al. ⁷⁶	EEUU	2000	57 > 18 años	ISA	VF ^a : 5% VF ^v : 38,6%	
Feldhaus et al. ⁷⁷	EEUU	1997	322	PVS	VF ^a : 25,5%	
El-Bassel ⁷⁸	EEUU (muestra latina)	2003	143		VF ^a : 15% VS ^a : 6% VF ^v : 43% VS ^v : 20%	
Cox et al. ⁷⁹	Canadá	2004	1123 mujeres > 16 años	Instrumento ad hoc	V ^v : 51%	
<i>Estudios con muestras Ginecología, Obstetricia y Salud Reproductiva</i>						
Oberg et al. ⁸⁰	Suecia	2005	1226 mujeres Centro de Planificación Familiar	AAS NorAQ	V ^v (TE): 29% V ^v (IC): 22%	TE: terminación embarazo IC: información contraceptiva
Saftlas et al. ⁸¹	EEUU	2010	986 mujeres Centro de Planificación Familiar por TE	AAS WEBS	VF ^a : 9,9% VS ^a : 2,5%	TE: terminación embarazo
Lockart et al. ⁸²	Australia	2003- 2007	5519 mujeres Centro de Salud Sexual	Pregunta sobre agresión física por la pareja o expareja	VF ^a : 5,7%	

Autores	País	Año	Muestra	Instrumento†	Prevalencia‡	Observaciones
Leithner et al. ⁸³	Austria	2009	424 mujeres que acude a Unidad de Ginecología	Encuesta diseñada ad hoc	VF ^v : 6,3% VS ^v : 2,8% VP ^v : 7%	
Swahnberg et al. ⁸⁴	Suecia	2004	2439 mujeres Unidad de Ginecología	NorAQ	VF ^v : 32,1% VS ^v : 15,9% VP ^v : 16,8%	
Rietveld et al. ⁸⁵	Países Bajos	2010	200 mujeres (82 embarazadas) que acude a Unidad Ginecología y Obstetricia 18 – 60 años	CAS	V ^a : 9% V ^v : 23%	
Shamu et al. ⁸⁶	Zimbabwe	2013	2042 mujeres visita postnatal	OMS	V ^a : 63,1%	
Perales et al. ⁸⁷	Perú	2009	2392 mujeres embarazadas	OMS	VF ^a : 11,9% VS ^a : 3,9% VP ^a : 15,6% VF ^v : 34,2% VS ^v : 8,7% VP ^v : 28,4%	
Devries et al. (revisión sistemática) ⁸⁸	Diferentes países (19)	2010	Mujeres embarazadas o posparto	Encuesta diseñada ad hoc, IVAWS	V ^a : 2% - 13,5%	África y Latinoamérica prevalencias > a Europa y Asia
Shamu et al. (metanálisis) ⁸⁹	Diferentes países africanos (10)	2011	10095 mujeres embarazadas o posparto	Encuesta diseñada ad hoc, OMS, AAS, CTS	V ^a : 15,2% Rango: 2% - 57%	
<i>Estudios con muestras Primaria</i>						
Zink et al. ⁹⁰	EEUU	2003	995 mujeres > 55 años	Encuesta diseñada ad hoc	VF ^v : 1,5% VS ^v : 2,1% VP ^v : 2,4%	
Peralta et al. ⁹¹	EEUU	2003	399 mujeres 18 – 36 años	CTS	VF ^a : 10,3% VP ^a : 43,5%	
Coker et al. ⁹²	EEUU	2002	1152	ISA, WEBS, AAS	VF ^v : 41,8% VS ^v : 21,4% VP ^v : 12,1%	
Coker et al. ¹⁵	EEUU	2000	1401 18 – 65 años	ISA, WEBS, AAS	VF ^a : 18,9% VS ^a : 14,4% VF ^v : 32% VS ^v : 17,3% VP ^v : 12,5%	
Bauer et al. ⁹³	EEUU	2000	734	AAS	VF ^a : 10% VS ^a : 3% VP ^a : 10% VF ^v : 45% VS ^v : 17% VP ^v : 34%	
Prosman et al. ⁹⁴	Países Bajos	2011	214 mujeres > 18 años	CAS	V ^v : 30,4% VF ^v : 21% VP ^v : 26%	
Coid et al. ⁹⁵	Gran Bretaña	2001	1207	Instrumento ad hoc	VF ^v : 41% VS ^v : 9%	

Autores	País	Año	Muestra	Instrumento†	Prevalencia‡	Observaciones
Grynbaum et al. ⁹⁶	Israel	2001	421	PVS	VF ^a : 21,7%	
Maziak et al. ⁹⁷	Siria	2003	411	Instrumento ad hoc	VF ^a : 23%	
Ergin et al. ⁹⁸	Turquía	2005	1010	AAS	VF ^v : 34,1% VE ^v : 15,8%	
Ruiz-Perez et al. ⁴³	España	2006	1402 mujeres 18 – 65 años	OMS	VF ^v : 14,3% VS ^v : 8,9% VP ^v : 30,8%	
<i>Estudios con muestras Salud Mental</i>						
Hugues et al. ⁹⁹ (metanálisis)	Diferentes países	2012	574		VF ^v y/o VS ^v : 37,8%	
Oram et al. ¹⁰⁰ (revisión sistemática)	Diferentes países	2013			V ^v : 30% - 33%	
Friedman et al. ¹⁰¹ (revisión sistemática)	Diferentes países	2007	2641 mujeres con TMS	CTS, encuestas diseñadas ad hoc	V ^a : 38% V ^v : 23% - 51% VF ^v : 25,8% - 69,7% VS ^v : 21,4% - 38%	TMS: esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno bipolar, trastorno depresivo mayor
Bundock et al. ¹⁰² (revisión sistemática)	Europa, Norteamérica, Australia	2013	6775 mujeres con TCA	CTS, encuestas diseñadas ad hoc	V ^a : 25,1% VF ^v : 18,8% - 40% VS ^v : 15,4% VP ^v : 60,4%	TCA: trastorno de la conducta alimentaria
Jonas et al. ¹⁰³	Gran Bretaña	2013	4206 mujeres con trastornos psiquiátricos	British Crime Survey	V ^v : 27,8%	
<i>Estudios con otras muestras clínicas</i>						
Bhandari et al. ¹⁰⁴	Canadá	2011	282 mujeres Centros de Traumatología	WAST, PVS	V ^a : 32%	
Cleary et al. ¹⁰⁵	EEUU	2008	72 mujeres ingresadas en Medicina Interna	Cuestionario diseñado ad hoc	V ^a : 22% V ^v : 61%	

† CTS: Conflict Tactics Scale; BRFSS: Behavioral Risk Factor Surveillance System; IVAWS: International Violence Against Women Survey; OMS: Encuesta de la Organización Mundial de la Salud; DHS: Demographic and Health Survey; WEB: Women's Experience with Battering Scale; PVS: Partner Violence Screen; ISA: Index of Spouse Abuse; AAS: Abuse Assessment Screen; NorAQ: NorVold Abuse Questionnaire; CAS: Composite Abuse Scale; WAST: Woman Abuse Screening Tool

‡ V: Violencia de pareja; VF: Violencia física por la pareja; VS: Violencia sexual por la pareja; VP: Violencia psicológica por la pareja; ^a en el último año; ^v a lo largo de la vida.

Tabla 2. Preguntas de la Macroencuesta “Violencia sobre las mujeres”³⁸

	Pregunta	Indicador fuerte de maltrato	Tipo de violencia
1.	Le impide ver a su familia o relacionarse con amigos o vecinos	X	Psicológica
2.	Le quita el dinero que Vd. gana o no le da lo que necesita para mantenerse	X	Económica
3.	Hace oídos sordos a lo que Vd. le dice (no tiene en cuenta su opinión, no escucha sus peticiones)		
4.	Le insulta o amenaza	X	Psicológica
5.	No le deja trabajar o estudiar		
6.	Decide las cosas que Vd. puede o no hacer	X	Estructural
7.	Insiste en tener relaciones sexuales aunque sepa que Vd. no tiene ganas	X	Sexual
8.	No tiene en cuenta sus necesidades (le deja el peor sitio de la casa, lo peor de la comida...)	X	Estructural
9.	Le produce miedo	X	Psicológica
10.	No respeta sus objetos personales (regalos de otras personas, recuerdos familiares)		
11.	Le dice que coquetea continuamente o por el contrario que no cuida su aspecto		
12.	Cuando se enfada llega a empujar o golpear	X	Física
13.	Se enfada sin que se sepa la razón		
14.	Le dice que adónde va a ir sin él, que no es capaz de hacer nada por sí sola	X	Psicológica
15.	Le dice que todas las cosas que hace están mal, que es torpe	X	Psicológica
16.	Cuando se enfada la toma con los animales o las cosas que Vd. aprecia		
17.	Le hace sentirse culpable porque no le atiende/entiende como es debido		
18.	Se enfada si las cosas no están hechas (comida, ropa)		
19.	Le controla los horarios		
20.	Le dice que no debería estar en esta casa y que se busque otra		
21.	Le reprocha que viva de su dinero		

	Pregunta	Indicador fuerte de maltrato	Tipo de violencia
22.	Ironiza, no valora sus creencias (religiosas, políticas, pertenecer a alguna asociación)	X	Espiritual
23.	No valora el trabajo que usted realiza	X	Psicológica
24.	Le hace responsable de las tareas del hogar		
25.	Dice cosas delante de los hijos para dejarle a Vd. en mal lugar	X	Psicológica
26.	Desprecia y da voces a sus hijos		

1.2 Detección de la violencia de pareja

1.2.1. Detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario

Las mujeres víctimas de VP tienden a hacer un mayor uso de los servicios sanitarios que las mujeres no víctimas de VP⁴⁴. Asimismo, y tal y como se ha expuesto en el apartado anterior, la prevalencia de VP es mayor en contextos sanitarios en comparación con la población general. En muchas ocasiones, los servicios de Atención Primaria y Urgencias son los primeros servicios de contacto y de intervención, por lo que tienen un papel relevante en la identificación y valoración del riesgo¹⁰⁶. Por ejemplo, en un estudio descriptivo sobre 311 casos de femicidio se halló que el 41,2% de las víctimas había acudido a un servicio sanitario en el año anterior al homicidio, el 14% acudió por lesiones asociadas a la VP, y el 10% acudió a servicios de salud mental por secuelas psíquicas asociadas a la VP¹⁰⁷. Por este motivo, diversas organizaciones médicas americanas recomiendan la identificación sistemática de la VP como parte del procedimiento de atención en los sistemas de salud¹⁰⁸. Dada la elevada prevalencia de la VP en el ámbito sanitario, y las consecuencias sobre la salud física y psíquica de la propia VP, los expertos en VP tienden a considerar el ámbito sanitario clave en su identificación¹⁰⁹. No obstante, la identificación sistemática de la VP ha sido objeto de controversia en los últimos años.

En 2004, el Grupo de Trabajo de Servicios Preventivos de los EE.UU. (USPSTF) concluyó que no existe suficiente evidencia para recomendar la detección universal de la VP, basándose en los daños potenciales del cribado, y la escasa evidencia sobre la efectividad de las intervenciones posteriores¹¹⁰. De igual forma, diversos estudios cualitativos han detectado las principales barreras potenciales en la detección de la VP en el ámbito sanitario, incluyendo barreras institucionales, por parte de la propia paciente, y por parte de los profesionales (Figura 6). Una de las principales barreras de los profesionales para la detección de la VP es la falta de una adecuada formación sobre VP, aspecto que se asocia a una menor tendencia a realizar cribado¹¹¹. En un estudio realizado en un servicio de obstetricia y ginecología sólo el 7% había recibido formación sobre VP, no se sentían con autoeficacia para afrontar la revelación de una situación de VP, y desconocían procedimientos de derivación¹¹². En otro estudio realizado en centros de salud mental, se halló que sólo el 15% de los profesionales realizaba un cribado de la VP, y la mayoría refería desconocimiento respecto a programas o servicios a dónde derivar¹¹³.

En un estudio realizado en centros de atención primaria del Reino Unido se halló en general una actitud positiva respecto al cribado y atención de la VP, pero referían falta de formación sobre la VP¹¹⁴.

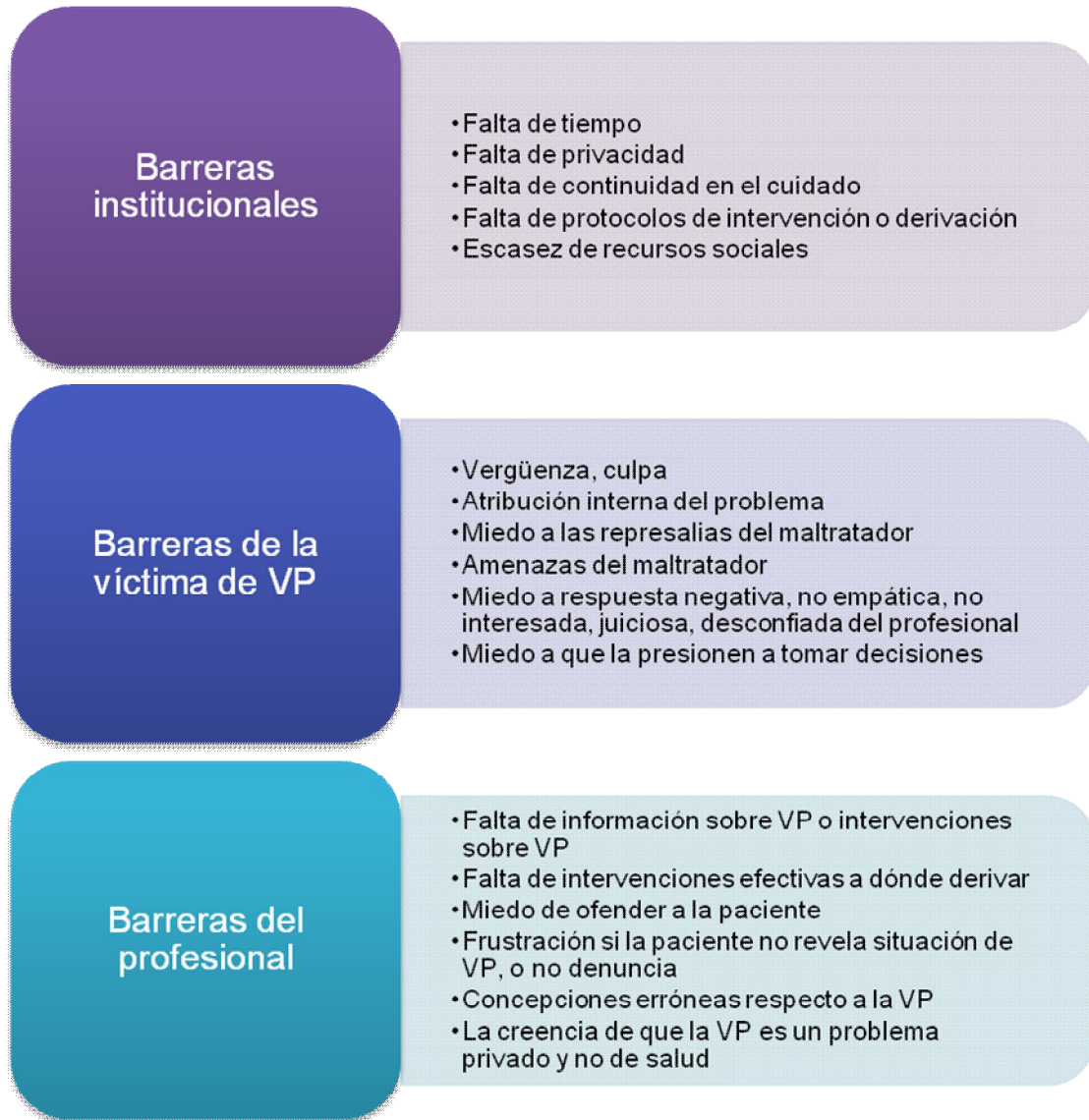


Figura 6. Barreras en la detección de la violencia de pareja (VP). Elaboración a partir de Mitchell (2009)¹⁰⁹.

Sin embargo, hay cada vez más evidencia a favor de la detección sistemática de la VP. Por un lado, existe evidencia que sugiere que el cribado universal incrementa la probabilidad de revelar la VP¹¹¹. Por ejemplo, el 80% de las mujeres que han sido evaluadas revelan su situación de VP¹¹¹. De igual forma, las mujeres, con independencia de que sean víctimas o no de VP, tienden a aceptar y apoyar que se realice el cribado rutinario de VP¹¹¹. Por ejemplo, en un estudio realizado en 11 servicios de urgencias hospitalarios de EE.UU.¹¹⁵ se halló que el 80% de las mujeres víctimas de VP y el 89% de las mujeres que no habían experimentado VP apoyaron el cribado sistemático de la VP. Además, en otro estudio se halló que el 89% de las mujeres

víctimas de VP identificadas en un servicio de urgencias aceptó un asesoramiento de *defensa*ⁱ, y de éstas la mitad aceptó la gestión de su caso¹¹⁶. En una evaluación de la tecnología realizada por la NICE se halló que los cuestionarios de valoración de la VP son bien aceptados en general¹¹⁷, y una revisión Cochrane reciente no ha hallado daños potenciales de la detección sistemática, si bien los estudios son escasos^{118,119}. En cuanto a la eficacia de la detección sistemática, se ha hallado que ésta resulta costo-efectiva si incluye un plan de formación al personal sanitario, el uso de instrumentos de detección validados, y un protocolo de derivación a servicios psicosociales y jurídico-legales especializados^{117,120}. Las *intervenciones de defensa* han mostrado efectos beneficiosos en la reducción del maltrato físico¹²¹. Finalmente, en la última revisión del 2013 del USPSTF se recomienda la detección sistemática de la VP en mujeres en edad reproductiva y su posterior derivación a servicios especializados, en base a las adecuadas propiedades psicométricas de los instrumentos de cribado y la eficacia de las intervenciones existentes¹¹⁹.

1.2.2. Instrumentos de evaluación y cribado de la violencia de pareja

En los últimos años se han diseñado instrumentos y escalas de evaluación y cribado de la violencia de pareja, con buenas propiedades psicométricas y un buen funcionamiento global para la detección de VP física, psicológica y sexual. En la Tabla 3 se realiza una síntesis de los principales instrumentos de evaluación de la VP, de la VP psicológica y de cribado de la VP.

1.2.2.1. Instrumentos de evaluación de la VP

En este apartado se incluyen los instrumentos que realizan una valoración amplia de la VP, incluyendo en la mayoría de ocasiones la medición de conductas de VP física, psicológica y sexual. Son instrumentos más extensos que los instrumentos de cribado, y se han empleado en muchas ocasiones como *patrón de oro* para la validación de los instrumentos de cribado. Entre los instrumentos de evaluación de la VP cabe destacar el *Conflict Tactics Scale (CTS)*¹²² y el *Index of Spouse Abuse (ISA)*¹²³.

Conflict Tactics Scale (CTS2). Se trata de un cuestionario autoadministrado de 39 ítems, que se miden en una escala tipo Likert de 6 grados y consta de cinco subescalas: *asalto físico, agresión psicológica, negociación, daños y coerción sexual*. Conceptualiza la violencia

ⁱ Las *intervenciones de defensa [advocacy interventions]* son intervenciones dirigidas a proporcionar información y apoyo que facilite el acceso a los recursos comunitarios

como una respuesta abierta resultado de conflicto de intereses. Straus ha validado la CTS2 en 17 países¹²⁴. No obstante, al considerar la violencia como una forma de resolver conflictos, destaca la ausencia de información sobre la intensidad, contexto y consecuencias de la VP, así como la falta de un amplio abanico de situaciones de VP psicológica¹²⁵.

Index of Spouse Abuse (ISA). Instrumento de autoinforme de 30 ítems, que se responde en una escala tipo Likert de 5 grados, desde “*Nunca*” hasta “*Muy frecuentemente*”. El ISA mide la intensidad de las conductas de VP física y/o psicológica en una relación de pareja. El método de corrección incluye la calibración de los ítems conforme a la intensidad de VP de cada uno de ellos, obteniéndose tres puntuaciones que oscilan de 0 a 100 puntos: ISA-P que se refiere a la intensidad de la VP física; ISA-NP que se refiere a la intensidad de la VP no física (o psicológica) y la puntuación ISA total. Completar el cuestionario requiere unos cinco minutos, sin embargo, la corrección es compleja al incluir la calibración de los ítems.

El ISA ha sido el instrumento de evaluación de la VP que ha sido ampliamente empleado en diferentes contextos, tales como la prisión¹²⁶, los servicios de atención primaria^{15,127}, los servicios de urgencias⁷⁷, perinatales¹²⁸, y en grupos de apoyo¹²⁹. El ISA se ha utilizado como *patrón de oro* para la validación de otros instrumentos de cribado de la VP^{77,130}. En el estudio original, los índices de consistencia interna para la subescala ISA-P fueron de 0,90-0,91, y para la subescala ISA-NP fueron de 0,94-0,97¹²³. Asimismo, en el estudio original las dos subescalas se obtuvieron mediante análisis factorial exploratorio¹²³. La subescala ISA-P se conformaba de 11 ítems, incluyendo ítems de VP física, amenazas de violencia física y un ítem sobre VP sexual. La subescala ISA-NP se conformaba de 19 ítems. Estudios posteriores con diferentes muestras han obtenido diferentes estructuras factoriales, de dos factores (*abuso físico* y *abuso no físico*)^{123,131-133}, y de tres factores (*abuso físico*, *abuso no físico* y *control de conductas*)^{134,135}.

1.2.2.2. Instrumentos de evaluación de la VP psicológica

A nivel internacional, se han diseñado más de una docena de instrumentos de valoración de la VP psicológica. El diseño de instrumentos que permitan categorizar, definir y cuantificar la VP psicológica es de gran importancia dado que la operacionalización y diagnóstico de la VP psicológica es más compleja y controvertida que en el caso de la VP física, que es más evidente. Uno de los instrumentos que se ha convertido en estándar de medición y *patrón de oro* de la VP psicológica es el *Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI)*^{136,137}.

Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI). Instrumento de autoinforme de 58 ítems, que se responde en una escala tipo Likert de 5 grados, desde “*Nunca*” hasta “*Muy frecuentemente*”. El PMWI es el primer instrumento que incluye una medida continua de VP psicológica, incluyendo un amplio rango de conductas de VP psicológica, especialmente las que hacen referencia al control y al aislamiento¹³⁶. El estudio original se llevó a cabo con una muestra compuesta por 207 mujeres que provenían de programas de atención a la VP. Se obtuvieron dos dimensiones de VP mediante análisis factorial exploratorio: *emocional-verbal* y *control-aislamiento*¹³⁶. El PMWI obtuvo medidas adecuadas de fiabilidad y validez de contenido comparado con otras medidas de VP psicológica¹²⁵.

Posteriormente Tolman¹³⁷ desarrolló una versión corta (PMWI-SF) como instrumento de detección de la VP psicológica, de 14 ítems. Mediante análisis factorial se obtuvieron de igual forma dos dimensiones de VP psicológica de 7 ítems cada una: *emocional-verbal* y *control-aislamiento*, mostrando capacidad de discriminar entre tres grupos: mujeres con VP, mujeres con mala relación de pareja, y controles.

1.2.2.3. Instrumentos de cribado de la VP

Son instrumentos rápidos, breves (menos de 10 ítems) y generalmente económicos que tienen como objetivo la detección de casos probables de VP. Entre los instrumentos de cribado más frecuentemente empleados destacan el *Woman Abuse Screening Tool (WAST)*¹³⁸ y el *Partner Violence Screen (PVS)*⁷⁷.

Woman Abuse Screening Tool (WAST). Instrumento de cribado de 8 ítems, que se responden en una escala de intensidad o frecuencia de tres grados. Su objetivo es la identificación de la VP en el ámbito de la atención primaria. Se pregunta por el grado de tensión y de miedo en la relación de pareja y posteriormente se pregunta por la existencia de maltrato físico, psicológico y sexual. Inicialmente se diseñó en inglés y se adaptó posteriormente al francés¹³⁹, y al español para pacientes hispanas¹⁴⁰.

Partner Violence Screen (PVS). Instrumento de cribado de 3 ítems, de valoración dicotómica. Fue diseñado para la detección de la VP en los servicios de urgencias hospitalarios. Mide dos dimensiones, violencia física (1 ítem) y percepción de seguridad (2 ítems). Tarda en responderse unos 20 segundos. Ha sido validado en servicios de urgencias^{77,141}, y pediátricos¹⁴², mostrando validez predictiva para futuros episodios de VP físicos y verbales¹⁴¹.

Se escogieron los cuestionarios ISA, PMWI-SF, WAST y PVS para su adaptación y validación en el ámbito sanitario por sus buenas propiedades psicométricas. En el momento en

que se diseñó el estudio no se disponía de validaciones españolas de estos cuatro cuestionarios. Paralelamente a la ejecución de nuestro estudio, el equipo de investigación de Plazaola-Castaño y colaboradores validó también el cuestionario ISA mediante un estudio transversal en centros de AP¹³¹; sin embargo, debido a la ausencia de un criterio externo de maltrato, los puntos de corte de este estudio se calcularon mediante análisis de conglomerados, no pudiéndose establecer la sensibilidad y especificidad de dichos puntos de corte.

Tabla 3. Instrumentos de evaluación de la VP, de la VP psicológica, y de cribado de la VP

Instru-mento	Autor	Idioma original	Objetivo	Tipo de violencia	Ámbito aplicación	Ítems	Propiedades psicomé-tricas
<i>Instrumentos de evaluación de la violencia de pareja</i>							
Composite Abuse Scale (CAS)	Hegarty et al. ^{125,143}	Inglés	Medir tipo de VP, frecuencia, consecuencias	Física, emocional, sexual	Contexto clínico	74	α Cronbach >0,90 Correlación con CTS 0.46-0.93
Conflict Tactics Scales revisado (CTS2)	Straus et al. ¹²²	Inglés	Medir la extensión de las agresiones físicas y psicológicas en la pareja	Física, Sexual, Verbal, Psicológica	Contexto sanitario Contexto educativo Contexto penitenciario	39	Validación transcultural 17 países, α Cronbach 0.74-0.89
Index of Spouse Abuse (ISA)	Hudson et al. ¹²³	Inglés	Evaluar grado de severidad del maltrato en mujeres víctimas de VP	Física Sexual Verbal Control Psicológica	Contexto clínico	30	α Cronbach 0.90-0.96
Abusive Behavior Inventory (ABI)	Shepard et al. ⁷	Inglés	Mide el abuso físico y psicológico en la pareja, referido por la víctima y por la pareja maltratadora	Física, psicológica	Contexto clínico	30	α Cronbach 0.70-0.88
Measurement of Wive Abuse (MWA)	Rodenburg et al. ¹⁴⁴	Inglés	Valorar el tipo de VP, frecuencia e intensidad	Física, psicológica, sexual, agresión verbal	Contexto clínico	60	α Cronbach 0.93

Instrumento	Autor	Idioma original	Objetivo	Tipo de violencia	Ámbito aplicación	Ítems	Propiedades psicométricas
Norvold Abuse Questionnaire (NorAQ)	Swahnberg et al. ¹⁴⁵	Sueco, Inglés	Mide el grado de abuso emocional, físico y sexual, y el maltrato en la atención sanitaria	Física, emocional, sexual, maltrato en el sistema de atención sanitario	Contexto sanitario	80 (13 VP)	Fiabilidad test-retest: 0.84-0.95
Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS)	Marshall ¹⁴⁶	Inglés	Evaluar el grado de incidencia y severidad de la VP	Física, Física Severa, Simbólica, Sexual	Contexto sanitario	46	α Cronbach 0.89-0.96
<i>Instrumentos de evaluación de la violencia de pareja psicológica</i>							
Index of Psychological Abuse (IPA)	Sullivan et al.	Inglés	Medición maltrato psicológico	Acoso Crítica Control Aislamiento Deprivación Ridiculización	Contexto clínico	33	α Cronbach 0.97 α Cronbach subescalas 0.68-0.93
Profile of Psychological Abuse (PPA)	Sackett et al. ¹⁴⁷	Inglés	Medición maltrato psicológico	Ignorar Críticar Ridiculizar Control celotípico	Contexto clínico	21	α Cronbach 0.75-0.85 Validez convergente y de criterio
Psychological Maltreatment of Women Inventory – short form (PMWI-SF)	Tolman ¹³⁷	Inglés	Medición maltrato psicológico	Dominancia / Aislamiento Emocional / Verbal	Contexto clínico	14	α Cronbach 0.87 – 0.92 Validez convergente y discriminante
Subtle and Overt Psychological Abuse Scale (SOPAS)	Jones et al. ¹⁴⁸	Inglés	Medición maltrato psicológico	Abuso psicológico abierto y sutil	Contexto clínico	65	Correlaciones con PMWI 0.82 – 0.89
Propensity for Abusiveness Scale (PAS)	Dutton ¹⁴⁹	Inglés	Medición maltrato psicológico	Dominación / aislamiento Abuso emocional	Contexto clínico	29	α Cronbach 0.91 Correlaciones con PMWI 0.47-0.51
<i>Instrumentos de cribado de la violencia de pareja</i>							

Instrumento	Autor	Idioma original	Objetivo	Tipo de violencia	Ámbito aplicación	Ítems	Propiedades psicométricas
Abuse Assessment Screen (AAS)	McFarlane et al. ¹⁵⁰	Inglés	Identificar víctimas de violencia física y sexual durante el embarazo	Física Sexual	Servicios Perinatales	5	α Cronbach 0,56 Test-retest 0,91 Comparado con ISA Sensib.: 93-94% Especif: 55-99%
Hurt Insult Threaten Scream (HITS)	Sherin et al. ¹⁵¹	Inglés	Identificar situaciones de violencia doméstica	Física Verbal	Atención Primaria	4	α Cronbach 0,61-0,80 Correlación CTS: 0,85 Correlación ISA: 0,76
Woman Abuse Screening Tool (WAST)	Brown et al. ¹³⁸	Inglés	Identificar situaciones de violencia doméstica	Física Sexual Emocional	Atención Primaria	8	α Cronbach 0,75-0,91 Correlación ARI: 0,69 Short Form (2 primeras preguntas) comparado con WAST: Sensibilidad: 93% Especificidad: 68%
Partner Violence Screen (PVS)	Feldhaus et al. ⁷⁷	Inglés	Identificar situaciones de violencia doméstica	Física Seguridad	Urgencias Contexto clínico	3	Comparado con CTS, ISA y CAS: Sensib: 35-71% Espec: 80-94%
WEB	Smith et al. ¹⁵²	Inglés	Identificar violencia psicológica	Psicológica	Contexto clínico	10	α Cronbach 0,91 – 0,99 Validez convergente, discriminante y de criterio
Ongoing Abuse Screen (OAS)	Ernst et al. ¹⁵³	Inglés	Identificar la violencia actual por la pareja	Física, Sexual, Maltrato durante la gestación	Urgencias Contexto clínico	5	Kappa OAS-AAS: 0,28 Validez de criterio (ISA)

Instru- mento	Autor	Idioma original	Objetivo	Tipo de violencia	Ámbito aplicación	Ítems	Propiedades psicomé- tricas
Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT)	Ernst et al. ¹³⁰	Inglés	Identificar la violencia actual por la pareja	Física, Emocional	Urgencias, Atención primaria, Contexto clínico	4	Comparado con ISA Sensib.: 86% Especif: 83%
STaT Questions Screen for Intimate Partner Violence	Paranjape et al. ¹⁵⁴	Inglés	Identificar la violencia por parte de la pareja	Física	Urgencias Contexto clínico	3	Comparado con entrevista Sensib.: 89% Especif.: 100%
HARK	Sohal et al. ¹⁵⁵	Inglés	Identificar la violencia por parte de la pareja	Física Sexual	Atención primaria, Contextos clínicos	4	Comparado con ISA Sensib.: 81% Especif: 95%

1.3 Consecuencias de la violencia de pareja

1.3.1. Consecuencias de la violencia de pareja en la salud física

La VP es un factor de riesgo para la salud, tanto física como psíquica (Tabla 4). Un estudio realizado en Sudáfrica halló que la violencia interpersonal era la segunda causa de años de vida saludable perdidos (AVISA), siendo el 10,5% de ellos¹⁵⁶. De igual modo, en mujeres la VP representó el 50% del total de AVISA¹⁵⁶.

El riesgo de homicidio doméstico para las mujeres se incrementa en cuatro veces si existe VP¹⁵⁷. De igual modo, las mujeres tienen un mayor riesgo que los hombres de ser asesinadas por su pareja¹⁵⁷. Un metanálisis publicado recientemente y que incluía datos de 66 países tenía como objetivo estimar la prevalencia de homicidio por parte la pareja¹⁵⁸. En este estudio se halló que el 38,6% de los homicidios femeninos son cometidos por la propia pareja, esta cifra es seis veces superior a los homicidios masculinos cometidos por la pareja¹⁵⁸. Las muertes por homicidio o suicidio son un tercio de todas las causas de mortalidad materna, mientras que el homicidio es la primera causa de muerte durante el embarazo¹⁵⁹, el cual está fuertemente asociado a la presencia de VP¹⁶⁰. Un estudio encontró que en el 45% de casos de suicidio durante el embarazo se hallaba la presencia de VP¹⁶¹. De igual forma, diferentes estudios y revisiones sistemáticas han hallado una relación consistente entre la victimización por VP y la presencia de ideación, y tentativas de suicidio¹⁶²⁻¹⁶⁵.

Las mujeres víctimas de VP física y/o sexual padecen un 60% más enfermedades de carácter físico que las mujeres que no son víctimas de VP¹⁶⁶. De igual modo, las mujeres que han sufrido VP física tienen 1,6 veces más probabilidad de desarrollar una enfermedad crónica¹⁶⁶. La VP se ha asociado a diferentes problemas crónicos de salud tales como dolor crónico, problemas gastrointestinales, genitourinarios, respiratorios y cardiovasculares (Tabla 4).

Existen múltiples hipótesis que intentan explicar la asociación entre VP y la presencia de una peor salud física, si bien se desconoce el mecanismo exacto de dicha asociación¹⁶⁷. Éste debe incluir desde los propios efectos de las lesiones traumáticas recurrentes, hasta alteraciones neurobiológicas en los circuitos implicados en la respuesta al estrés^{106,167,168}. Otros autores enfatizan también el papel mediador de los síntomas y trastornos psiquiátricos, tales como la depresión y el trastorno por estrés postraumático, y estrategias de afrontamiento desadaptativas y hábitos de salud poco saludables^{167,168}. En lo que respecta a las lesiones traumáticas, se estima

que el 36% de las víctimas de VP han recibido lesiones traumáticas en cabeza, cuello o cara; del mismo modo, se halló que un 75% de las mujeres que estaban en casa de acogida presentaban síntomas compatibles con la presencia de una lesión cerebral traumática. Entre un 10% y un 68% de mujeres víctimas de VP refieren estrangulamiento, y entre un 10% y un 44% de las mujeres refieren estrangulamiento con pérdida de consciencia, lo cual puede asociarse posteriormente a la presencia de secuelas neurológicas^{167,169}. La percepción crónica de amenaza activa los sistemas biológicos implicados en la respuesta al estrés, tales como el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HHA), el sistema noradrenérgico, el inmunológico y el córtex prefrontal¹⁰⁶. La activación crónica del eje HHA se asocia con trastornos cardiovasculares, endocrinos y autoinmunes, y la exposición a VP se asocia a mayores niveles de dehidroepiandrosterona (DHEA) y cortisol, y a una menor respuesta inmunológica¹⁰⁶. La disregulación de los sistemas de respuesta al estrés (noradrenérgico, eje HHA) afecta a las estructuras cerebrales implicadas en el circuito del miedo, como la amígdala, el hipocampo y el córtex prefrontal, las cuales se hayan implicadas en la presencia de ansiedad, sintomatología postraumática y en la afectación de las tareas de atención, memoria operativa y funciones ejecutivas¹⁰⁶.

La VP también se asocia a una peor salud sexual y reproductiva y a malos resultados gestacionales. Si se redujera en un 50% los casos de VP, se reduciría el embarazo no planificado en un 2%-18% y la tasa de abortos en un 4,5%-40%¹⁷⁰. Si bien la VP física es la que más se asocia a la salud ginecológica, varios estudios han mostrado un efecto acumulativo de los diversos tipos de VP^{166,167}. Entre los mecanismos implicados en dicha asociación habría que incluir la disregulación de los sistemas de respuesta al estrés (eje HHA), la menor respuesta inmunológica, el menor control respecto a la propia sexualidad, y una mayor presencia de conductas de riesgo¹⁷¹.

1.3.2. Consecuencias de la violencia de pareja en los hijos y en el entorno social

Varios estudios realizados en la India han hallado una asociación entre la presencia de VP y una mayor mortalidad infantil en niños menores de 5 años¹⁷², especialmente en el caso de las hijas¹⁷³. La exposición a la VP se asocia en los hijos a la presencia de problemas emocionales y de conducta, y a la sintomatología de estrés postraumático¹⁷⁴⁻¹⁷⁸, además esta asociación es dosis-dependiente¹⁷⁵. La presencia de síntomas externalizantes se asocia a VP en el caso de los hijos, mientras que las hijas tienden a presentar más síntomas internalizantes¹⁷⁵. Otra consecuencia que se ha asociado comúnmente a la VP es la transmisión generacional de la violencia, es decir, que los hijos que han sido testimonio de VP en el hogar tienden a ser víctimas o perpetradores de VP. Si bien la mayoría de estudios tienden a encontrar esta

asociación, ésta sigue siendo controvertida y la relación causal posiblemente no es lineal, sino influenciada por múltiples factores^{175,179}.

La VP interfiere también en el funcionamiento laboral. De hecho, se ha sugerido que interviene básicamente de tres formas: la disrupción de la vida laboral, el acoso en el trabajo, y los problemas de rendimiento^{180,181}.

1.3.3. Consecuencias de la violencia de pareja en la salud psíquica

La VP debe considerarse un factor de riesgo para la psicomorbilidad¹⁰⁶. Aproximadamente el 60% de las víctimas de VP presenta patología psíquica^{182,183}. Existe una elevada concurrencia entre victimización por VP y la presencia de trastornos mentales¹⁸⁴. Además esta asociación no parece ser específica de un tipo de trastorno, sino que se presenta en una amplia variedad de trastornos tales como el estrés postraumático, los trastornos depresivos, de ansiedad, de la conducta alimentaria o el abuso y dependencia del alcohol o drogas¹⁸⁴. Los trastornos mentales y el tratamiento psiquiátrico son 5 veces más frecuentes en las mujeres víctimas de VP que en la población general¹⁰⁶.

Si bien la mayoría de estudios que evalúan la relación entre victimización por VP y patología mental son transversales, y por tanto, no puede establecerse relación causal ni la dirección de la causalidad; diversas evidencias indicarían que la VP sería un factor causal de la aparición de trastornos mentales en mujeres expuestas. Por un lado, se ha demostrado una relación fuerte, consistente y dosis-dependiente entre exposición a VP y patología mental^{106,185}. Por otro lado, en un estudio longitudinal, que evaluaba la aparición posterior a la exposición a VP de trastornos psiquiátricos, se demostró que la VP se asoció en mujeres expuestas a una mayor incidencia de depresión mayor, trastorno por estrés postraumático (TEPT), ansiedad generalizada y uso y dependencia de sustancias¹⁸⁶. En la misma línea, un estudio posterior también longitudinal halló una incidencia 2,5 veces mayor de trastornos psiquiátricos en una muestra de víctimas de VP en comparación con una muestra control; además, la incidencia estaba también asociada a la frecuencia de exposición a actos violentos¹⁸⁷. Finalmente, las mujeres que experimentan más de una forma de VP, o revictimización, presentan un riesgo incrementado tanto de presentar un trastorno mental, como de comorbilidad¹⁸⁴.

Los estudios realizados en el campo de la salud pública también aportan evidencias a favor de la relación causal entre victimización por VP y aparición de trastornos mentales. El cálculo de la fracción atribuible poblacional (FAP%) permite estimar el grado en que los casos de una determinada condición serían atribuibles a la exposición a un determinado factor de riesgo, en nuestro caso a la VP¹⁸⁴. Se estima que el 29% de los casos diagnosticados de algún trastorno mental, el 10% de los casos de depresión postnatal, y el 50% de casos de estrés postraumático serían atribuibles a la exposición a VP^{184,188}.

Los trastornos psiquiátricos que se han asociado en mayor medida a la exposición a VP son la depresión y el trastorno por estrés postraumático^{106,166,167}. No obstante, las consecuencias del maltrato sobre la salud mental de la mujer son complejas y pueden afectar a todas las esferas de la vida psíquica, desde las emociones hasta la personalidad, incluyendo las estrategias de afrontamiento (predominio de la evitación y de la ausencia de respuesta emocional ante la violencia, disminución de la asertividad), el autoconcepto (baja autoestima, escasa autoconfianza, pobre autoimagen), y el estilo de relación con el mundo (ambivalencia con el agresor y desconfianza, distanciamiento con los demás)¹⁰⁶.

1.3.3.1. Trastornos depresivos

Aproximadamente la mitad de las mujeres víctimas de VP presentan un trastorno depresivo, con una prevalencia que oscila entre un 15% y un 83%^{106,166,185,189}. El 35% de la carga total de morbilidad asociada a VP se debe a los trastornos depresivos^{190,191}. Una revisión sistemática reciente sobre la asociación entre VP y consecuencias en la salud, halló que de un total de 42 estudios sobre la asociación entre VP y depresión, tan sólo un estudio no encontró una relación significativa¹⁹⁰. La presencia de VP se asocia en un estudio metanalítico tanto a la incidencia de síntomas depresivos como a la incidencia de tentativas autolíticas¹⁶². El riesgo de presentar un episodio depresivo mayor en mujeres expuestas a VP es entre dos y tres veces superior a las mujeres no expuestas, mientras que el riesgo de presentar sintomatología depresiva se incrementa entre 1,5 y 2 veces¹⁹². Entre un 9% y un 28% de los casos de trastorno depresivo puede atribuirse a la exposición a lo largo de la vida a VP^{188,192}. Si cesa la situación de violencia tiende a observarse una disminución de los síntomas depresivos^{106,167,193,194}. Sin embargo, en un estudio realizado por Zlotnick y colaboradores de seguimiento a cinco años hallaron la presencia de secuelas psíquicas a largo plazo en las víctimas de VP con independencia de hallarse o no en convivencia con el maltratador¹⁹⁵.

Tanto la severidad como la cronicidad de la VP se asocian a una mayor gravedad de la sintomatología depresiva^{185,190}. La exposición a más de un tipo de VP se asocia tanto a un incremento de la probabilidad de presentar sintomatología depresiva como a una mayor gravedad de ésta¹⁹⁰. En un estudio realizado por Pico-Alfonso y colaboradores se halló que la VP psicológica era un factor de riesgo independiente de la VP física para la sintomatología depresiva¹³. Otros estudios hallan que la VP sexual incrementa la probabilidad de sintomatología depresiva en mayor medida que la VP física y psicológica^{190,196}. El tener hijos, el número de hijos y tener hijos con problemas de conducta incrementa el riesgo de estas mujeres a deprimirse^{14,106}. El riesgo de tentativas autolíticas es alto, situándose alrededor del 20% de las mujeres¹⁰⁶. La sintomatología depresiva y postraumática se asocian a la ideación autolítica^{106,197}.

1.3.3.2. Trastorno por estrés postraumático

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) engloba un conjunto de síntomas de ansiedad que se presentan tras la exposición a un evento traumático y que incluyen síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación. La prevalencia de TEPT en mujeres expuestas a VP se sitúa aproximadamente en el 64%, con una variación entre estudios del 31% al 84,4%^{106,166,185}. Los casos en que se da la presencia de síntomas postraumáticos pero que no presentan la totalidad de criterios diagnósticos pueden diagnosticarse de TEPT parcial, que se da en el 15% de los casos^{106,198}. La historia de VP se asocia positivamente a una incidencia incrementada tanto de TEPT como de síntomas postraumáticos¹⁹⁰. Las mujeres con historia de victimización por VP tienen entre dos y tres veces mayor probabilidad de desarrollar TEPT que mujeres sin historia de VP^{190,199}.

La gravedad y la duración de la VP se asocian a la intensidad del TEPT^{106,185,190}. Un estudio realizado con pacientes atendidas en urgencias halló una relación dosis-dependiente entre el número de tipos de VP y el riesgo de presentar TEPT^{190,200}. El TEPT suele aparecer de forma conjunta con otro trastorno mental. La mitad de las mujeres con TEPT presentará también un trastorno depresivo comórbido^{106,201}. Fedovskiy y colaboradores hallaron que las mujeres con TEPT tenían 10 veces más probabilidad de presentar elevadas puntuaciones en sintomatología depresiva, sugiriendo que este hecho era debido al solapamiento de síntomas, en especial, de anhedonia, alteraciones del sueño y dificultades de concentración^{190,202}. Los factores asociados al TEPT en la muestra de mujeres expuestas a VP son los abusos en la infancia y la VP sexual²⁰³.

1.3.3.3. Síndrome de la mujer maltratada

Lenore Walker describió el síndrome de la mujer maltratada en 1984 a partir de un estudio empírico realizado mediante entrevistas a 438 mujeres víctimas de VP entre 1978 y 1981²⁰⁴. De estas entrevistas la autora postuló la teoría del ciclo de la violencia (Figura 7) en el que se describe como se producen tanto las consecuencias psicológicas de la VP como el mantenimiento en la relación de maltrato. El inicio de la VP suele ser sutil e insidioso, basado en estrategias de control, descalificación y aislamiento. Posteriormente suelen aparecer episodios de agresión física, con un carácter cíclico, intercalado con momentos de falso arrepentimiento (Figura 7).

A partir de la teoría del ciclo de la violencia y basándose también en los efectos psicológicos de la *indefensión aprendida*²⁰⁵, la autora describió el síndrome de la mujer maltratada como un subtipo de TEPT en el que se incluían los principales grupos de síntomas del TEPT (reexperimentación, evitación e hiperactivación) y otros observados en estas mujeres,

como son los síntomas depresivos, la baja autoestima, el aislamiento social, la distorsión de la autoimagen, las somatizaciones y los problemas con las relaciones sexuales y con la intimidad²⁰⁶.

1.3.3.4. Trastorno por estrés postraumático complejo

La violencia en la pareja tiene aspectos idiosincráticos que la distingue de otros acontecimientos traumáticos que usualmente precipitan un TEPT (Figura 8). En la VP se da de forma conjunta amor, sexualidad y maltrato, en un lugar teóricamente seguro, como es el propio domicilio, en una relación interpersonal teóricamente segura, como es la pareja íntima, lo que la convierte en una situación singular. Las mujeres víctimas de VP están sometidas a un control autoritario [*persuasión coercitiva* según nomenclatura de otros autores²³] que tiene como efectos la inoculación del miedo y el aislamiento social de la víctima¹⁰⁶. La violencia ejercida por el maltratador es sistemática, intencional e incontrolable para la víctima. Este tipo de violencia produce efectos de indefensión, incontrolabilidad, y en casos más extremos, efectos de *derrota mental*, que hace referencia a la percepción de pérdida de identidad, autonomía y voluntad para ejercer el control, mantener la propia identidad y creer en la propia voluntad para elegir libremente²⁰⁷⁻²⁰⁹. Este estado psicológico se asocia a un tipo más complejo y grave de estrés postraumático que se ha denominado TEPT complejo^{208,209}.

El trastorno por estrés postraumático, tal y como se describe en el DSM-IV²¹⁰ [y también en el DSM-V²¹¹], hace referencia a la sintomatología que puede presentarse tras un suceso único, puntual, inesperado, que atenta contra la vida o amenaza de atentar contra la vida o la integridad física. La VP no puede entenderse como una sucesión de agresiones físicas o sexuales aisladas, sino más bien como un proceso crónico, insidioso y continuo²¹². No obstante, la situación crónica de control y aislamiento, con sensación de amenaza y miedo permanente a que se produzcan situaciones violentas, no cumpliría estrictamente el criterio A de evento traumático del DSM^{210,211}. Esta situación de amenaza crónica produciría cambios en la visión del mundo y en la personalidad que no se han incluido en la descripción del TEPT. Judith Herman describió en 1992 un síndrome que se desarrollaba tras la exposición a una situación de control autoritario en que se hubiesen experimentado eventos aversivos múltiples, prolongados, severos e incontrolables²⁰⁷⁻²⁰⁹. El síndrome se denominó TEPT complejo porque en comparación con el TEPT comúnmente descrito, incluía más síntomas, más complejos, y más estables²⁰⁷⁻²⁰⁹. El síndrome incluía las alteraciones en la autopercepción, en la relación con los otros, en la regulación de los afectos y de los impulsos, las alteraciones en la atención, en la conciencia (síntomas disociativos), las somatizaciones y los cambios en los sistemas de creencias^{208,209}. Estudios de neuroimagen posteriores han podido establecer dos subtipos de

TEPT, con un subtipo más disociativo que se ha asociado al TEPT complejo²¹³. Este subtipo se ha incluido también en la nueva revisión del DSM²¹¹.

Hasta la fecha no constan estudios que evalúen de manera específica la presencia y prevalencia de TEPT complejo en mujeres víctimas de VP. En cambio, se ha hallado que la presencia de traumas tipo II en la infancia²¹⁴ se asocian con el desarrollo del TEPT complejo. El TEPT complejo se asocia a la presencia de traumas de tipo interpersonal en la infancia y la adolescencia²¹⁵, la presencia de múltiples traumas desde la infancia²¹⁶, y la presencia de abuso físico y/o sexual en la infancia²¹⁷.

1.3.3.5. Otros trastornos

Aparte de los trastornos depresivos y el TEPT, la VP se ha asociado a la presencia de uso y abuso de sustancias, otros trastornos de ansiedad, insomnio, y en general, a una peor salud mental percibida^{106,167,190}.

La prevalencia de abuso o dependencia del alcohol en mujeres expuestas a VP es del 18,5%, mientras que la prevalencia de abuso o dependencia de sustancias es del 8,9%¹⁸⁵. Estas cifras representan aproximadamente unos valores 5 veces superiores a los esperados en la población general de mujeres¹⁸⁵. A pesar de que la evidencia es limitada, estudios longitudinales muestran una relación entre exposición a VP y consumo posterior de alcohol en mujeres^{218,219}. Esta asociación podría estar mediatizada por los síntomas postraumáticos^{167,219}.

A pesar de haber recibido menor atención en la literatura, la ansiedad es también uno de los principales efectos de la VP. El 27% de la carga total de morbilidad asociada a la VP se debe a los trastornos de ansiedad^{190,191}. De igual modo, algunos estudios muestran que el 77% de las víctimas de VP presentan sintomatología ansiosa significativa¹⁹⁰. Al igual que el TEPT y los trastornos depresivos, también la ansiedad muestra una relación dosis-dependiente, con mayores niveles de ansiedad si la VP es más frecuente o grave¹⁹⁰.

Tabla 4. Consecuencias de la VP sobre la salud física, el entorno social y la salud psíquica

Consecuencias de la violencia de pareja	
<i>Consecuencias en la salud física</i>	
Mortalidad	Homicidio ¹⁵⁷ Suicidio ¹⁶²⁻¹⁶⁵ Mortalidad materna ^{157,159,161,220}
Lesiones y traumatismos	Lesiones en cabeza, cuello o cara ²²¹ Hipoxia por estrangulamiento ^{167,169} Lesiones cerebrales ^{167,222}
Salud sexual y reproductiva	Uso inconsistente de métodos anticonceptivos ¹⁷¹ Embarazos no planificados ^{171,223,224} Abortos voluntarios ^{170,171,224} Enfermedades de transmisión sexual ^{171,225} , VIH ²²⁶ Disfunciones sexuales ¹⁷¹ Rotura prematura de membranas ²²⁷ Parto pretérmino ^{224,227,228} Bajo peso al nacer ^{224,227,228} Muerte neonatal ^{224,227}
Problemas crónicos de salud	Peor estado de salud físico percibido ¹⁹⁰ Dolor crónico ¹⁹⁰ Colon irritable ^{166,229} Fibromialgia ^{166,229} Cefaleas, migrañas ¹⁶⁶ Problemas gastrointestinales ^{166,167,190} Problemas respiratorios, cardiovasculares ^{166,167,190}
<i>Consecuencias en los hijos y en el entorno social</i>	
Consecuencias en los hijos	Muerte infantil (menos de 60 meses) ^{172,173,230} Más conductas de toma de riesgos ²³¹ Problemas internalizantes y externalizantes ^{174,175} Síntomas postraumáticos ¹⁷⁶⁻¹⁷⁸ Trastorno por déficit de atención e hiperactividad ²³² Transmisión intergeneracional de la VP ^{175,179}
Consecuencias en el entorno social y laboral	Más desempleo, reducción del nivel de ingresos real y potencial ^{180,181} Mayor absentismo laboral, menor concentración y menor productividad laboral ^{180,181} Aislamiento y menor apoyo social ²³³
<i>Consecuencias en la salud psíquica</i>	
Trastornos psiquiátricos	Trastorno por estrés postraumático ^{103,166,167,185,190,234} Trastorno depresivo ^{166,167,185,190,234} Trastorno de ansiedad ^{166,167,190,234} Trastornos de la alimentación ¹⁰³ Abuso de dependencia del alcohol y/o drogas ^{103,166,167,185}
Síntomas psicopatológicos	Insomnio ^{167,190} Disfunción ejecutiva ²³⁵ Ideación y tentativas autolíticas ^{166,185,190} Cambios en la personalidad ²³⁶ Baja autoestima ¹⁶⁶ Mala salud mental percibida ¹⁹⁰

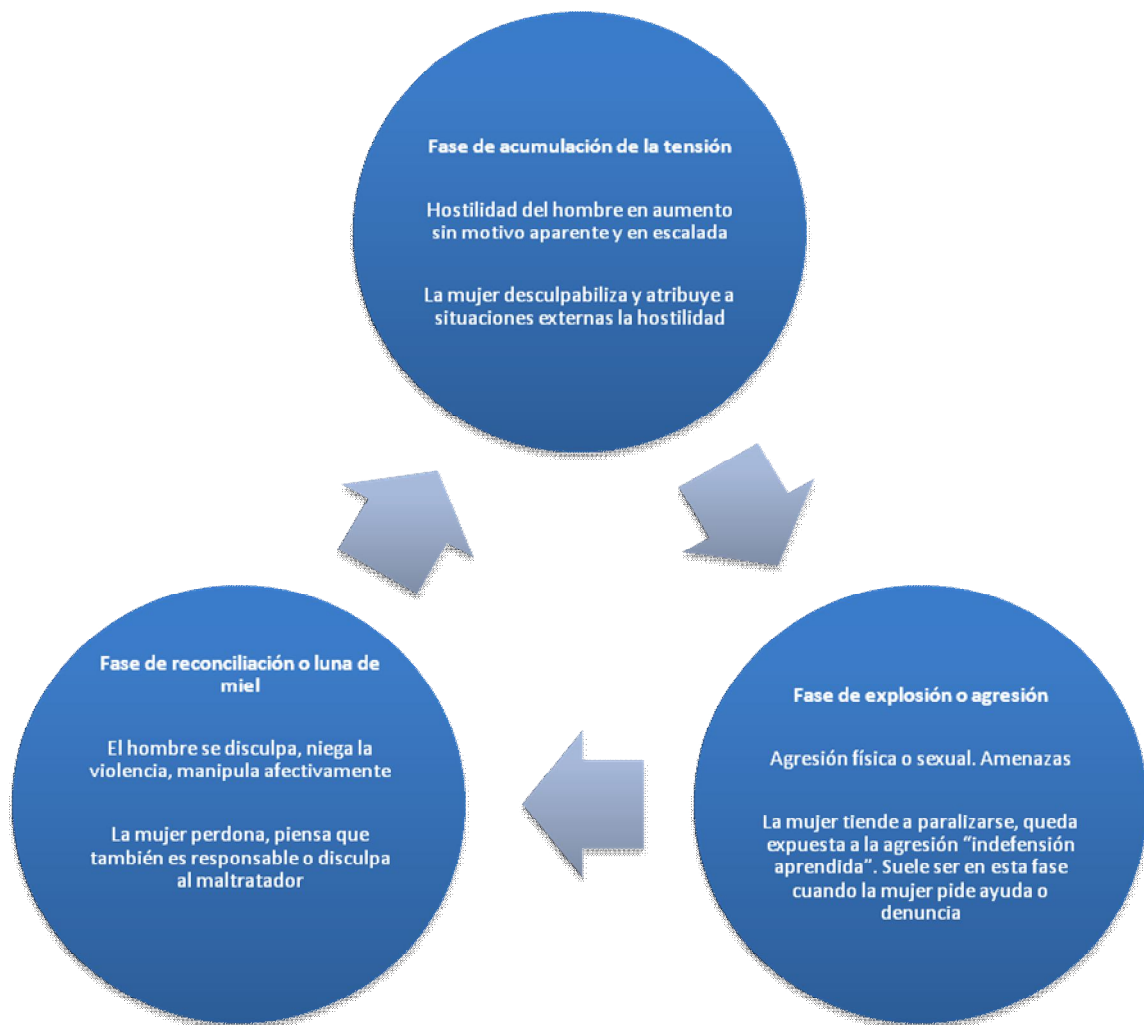


Figura 7. Teoría del ciclo de la violencia de Walker LE²⁰⁴

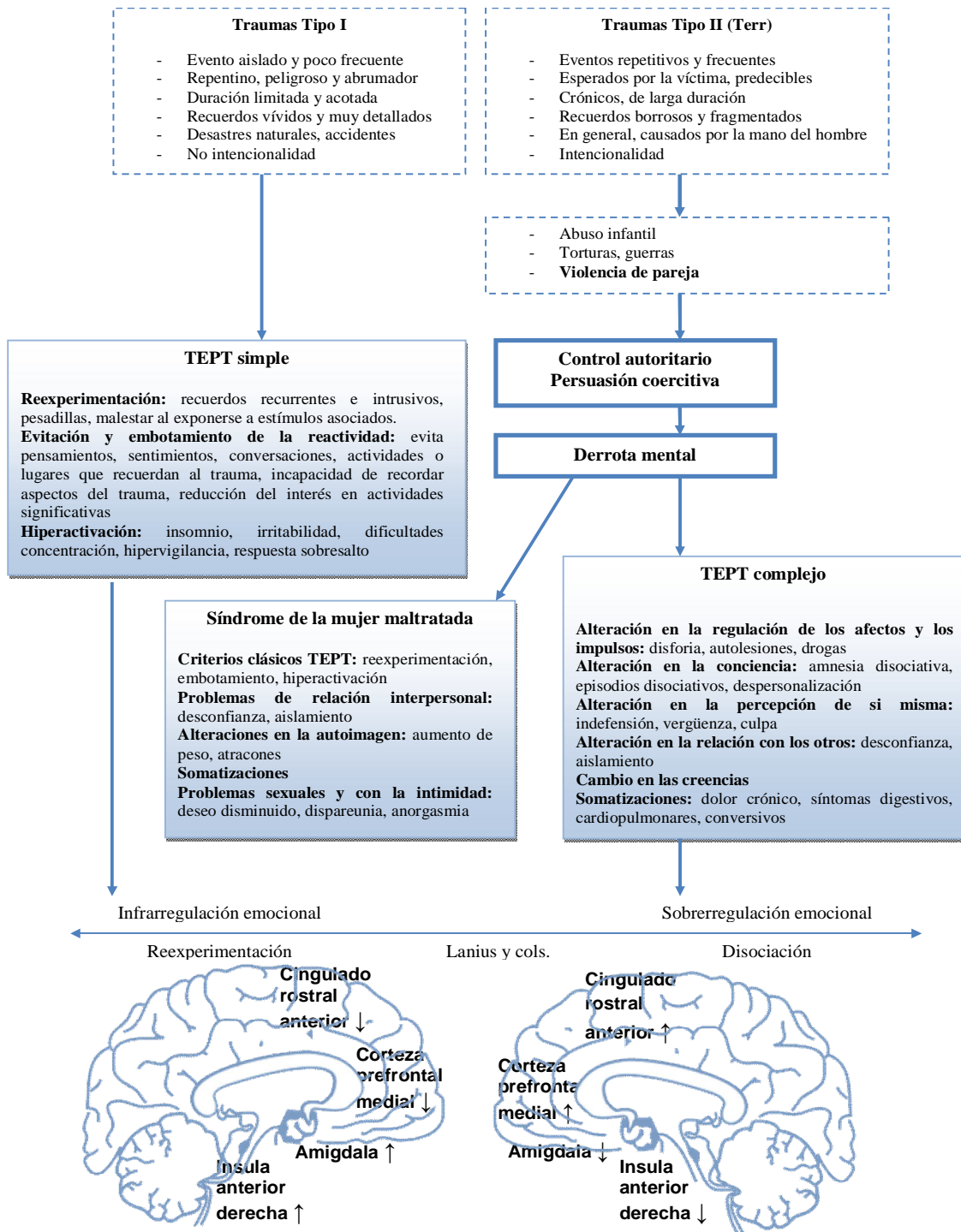


Figura 8. Relación entre los tipos de traumas y el TEPT simple, complejo y el síndrome de la mujer maltratada.

1.4. Personalidad, psicopatología y violencia de pareja

1.4.1. Concepto de personalidad y trastorno de la personalidad

La *personalidad* hace referencia a un conjunto integrado y organizado de características (emociones, conductas y cogniciones) que son estables en el tiempo, consistentes entre situaciones, y que permiten predecir y diferenciar la conducta de un individuo. Las principales definiciones sobre *personalidad* que se pueden encontrar en los manuales de referencia destacan algunos o la mayoría de los aspectos previamente mencionados.

“(...) se refiere a los patrones característicos de un individuo de pensamientos, emociones y conductas, junto con los mecanismos psicológicos - ocultos o no - detrás de esos patrones”

Funder, 2004, p.5.²³⁷

“(...) es el conjunto de rasgos psicológicos y mecanismos dentro del individuo que están organizados y son relativamente duraderos y que influyen en sus interacciones con, y adaptaciones a, los entornos intrapsíquicos, físicos y sociales”

Larsen & Buss, 2005, p.4.²³⁸

“(...) se refiere a las características de la persona que representan patrones consistentes de sentimientos, pensamientos y conductas”

Pervin y cols., 2005, p.6.²³⁹

El estudio de la personalidad y de los trastornos de la personalidad se ha abordado tradicionalmente tanto desde una concepción categorial como dimensional. Las principales clasificaciones diagnósticas se basan en una concepción categorial de los trastornos de la personalidad (TP), basándose en el modelo clásico de Kurt Schneider, que considera a los TP

entidades individuales y delimitadas entre sí²⁴⁰. El DSM-V mantiene la definición de TP de versiones anteriores:

“(…) es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto”

American Psychiatric Association, 2013, p.647.²¹¹

Tanto el DSM-V como sus versiones anteriores clasifican los diferentes TP en tres *clusters*. El *cluster A* (paranoide, esquizoide, esquizotípico) incluye a los individuos extraños o excéntricos, y se caracterizan por la extravagancia, la desconfianza o la tendencia al aislamiento. El *cluster B* (antisocial, histriónico, narcisista, límite) incluye a los individuos inmaduros o dramáticos, y se caracterizan por la impulsividad, la inestabilidad emocional, la expresividad emocional excesiva, la grandiosidad y la antinormatividad. El *cluster C* (dependiente, evitador, obsesivo-compulsivo) incluye a los individuos temerosos.

Los modelos categoriales de los TP y por tanto, las actuales clasificaciones diagnósticas han recibido críticas que pueden resumirse en: a) la arbitrariedad de las categorías diagnósticas, fruto de la heterogeneidad y falta de racionalización teórica y empírica de éstas; b) elevado solapamiento entre criterios que genera una elevada comorbilidad; c) la clasificación no es exhaustiva, de tal forma que la categoría *no especificada* se emplea en exceso; d) falta de ajuste entre el caso y el prototipo; e) heterogeneidad de las categorías; f) baja fiabilidad temporal y entre evaluadores^{241,242}. Otras evidencias en contra de los modelos categoriales incluyen que las características de los TP no se organizan en categorías discretas si no que siguen una distribución continua, sin mostrar puntos de discontinuidad²⁴¹. Además los diagnósticos de TP pueden representarse mediante los modelos de personalidad normal, especialmente el modelo de 5 factores (neuroticismo, extraversión, amabilidad, responsabilidad, apertura a la experiencia)²⁴³, sugiriendo que los TP se situarían en el extremo de la variación normal^{241,244-247}.

Los modelos dimensionales parten de la tradición correlacional del estudio de la personalidad, cuyo énfasis se ha situado en la medición mediante cuestionarios y autoinformes de las diferencias individuales en características de personalidad (*rasgos*), y el establecimiento de relaciones estadísticas entre ellas mediante el empleo del análisis factorial. Un rasgo hace referencia a una disposición a comportarse de un modo determinado de forma estable y consistente en diferentes situaciones. Estos rasgos se distribuyen en un continuum en la población normal, situándose las personas con TP en el extremo de dicho continuum. Los rasgos tienen una estructura jerárquica establecida mediante análisis factorial que incluyen rasgos de primer orden y rasgos de segundo orden o dimensiones de personalidad. En los

modelos de personalidad normal se ha hallado un número diferente de rasgos de segundo orden o dimensiones de personalidad. Por ejemplo el modelo de Eysenck^{248,249} halló tres dimensiones (*neuroticismo, extraversión, psicoticismo*), mientras que en el modelo de Costa y McCrae se hallaron cinco factores²⁴³. El modelo de Livesley se encuadra entonces dentro de los modelos dimensionales, emplea una aproximación correlacional y de análisis factorial, con el objetivo de hallar los rasgos de primer y segundo orden de la personalidad patológica^{250,251}.

1.4.2. Modelo de personalidad de Livesley. Dimensional Assessment of Personality Pathology (DAPP-BQ)

Livesley conceptualiza el trastorno de la personalidad (TP), distinguiéndolo de la disfunción de la personalidad, de la personalidad normal e incluso de una variación extrema de la personalidad, como un fallo adaptativo de la organización de la personalidad para afrontar las exigencias de la vida:

“(...) fracaso [estable y consistente] para desarrollar soluciones de adaptación para las exigencias vitales que conduce a la alteración del *self* y del funcionamiento interpersonal”

Livesley, 2011, p.401.²⁵²

De este modo, según Livesley las personas con TP además de tener una variación de personalidad extrema, deben caracterizarse por un fallo para establecer representaciones estables e integradas del yo y de los otros, una disfunción interpersonal (fallo para desarrollar la capacidad para la intimidad o funcionar como figura de apego), y un fallo para funcionar adaptativamente en el grupo social (dificultad para la conducta prosocial o establecer relaciones cooperativas)^{252,253}. En este contexto, el modelo dimensional de los rasgos de personalidad patológica de Livesley describiría a los individuos con TP y permitiría medir diferencias individuales entre ellos²⁵².

Livesley intentó diseñar un modelo dimensional que capturara todos los aspectos clínicamente relevantes de la personalidad normal y desadaptada²⁵². Para ello, obtuvo el modelo de dimensiones de personalidad patológica mediante un proceso compuesto de varias fases^{250,251,253-255}. En primer lugar, identificó las conductas y rasgos asociados a cada diagnóstico de TP mediante el análisis de la literatura científica, el juicio de expertos, y entrevistas a pacientes con TP. Con ello se elaboraron cuestionarios que se enviaron a expertos clínicos para la obtención de los rasgos más prototípicos de cada trastorno. Estos rasgos fueron posteriormente organizados en categorías, que se sometieron a una validez de contenido por parte de un juicio de expertos independiente.

Dim.	Rasgos	Subrasgos	Descripción
Disregulación emocional	Labilidad afectiva	Inestabilidad, sobrereactividad, hipersensibilidad, ira lábil, irritabilidad	Emociones intensas e inestables, cambios de humor
	Sumisión	Sumisión, sugestionabilidad, necesidad consejo	Servil, tímido y poco asertivo. Busca constantemente apoyo, guía y consuelo
	Ansiedad	Culpa, indecisión, rumiación, ansiedad-rasgo	Tendencia a ser miedoso y preocupado
	Vínculo inseguro	Ansiedad separación, seguridad, proximidad, miedo pérdida, intolerancia soledad	Patrón preocupado en las relaciones de apego
	Evitación social	Baja afiliación, pocas hhs, aprehensión social, miedo al daño interpersonal, deseo mejora rrs	Tendencia al desinterés y evitación de las relaciones sociales
	Problemas identidad	Anhedonia, sentimientos vacío, autoconcepto lábil, pesimismo	Sentido inestable del <i>self</i> y de la identidad
	Oposicionismo	Pasividad, oposicionismo, falta de organización	Resiste pasivamente las expectativas de desempeño de tareas rutinarias
	Distorsión cognitiva	Despersonalización, cognición esquizotípica, psicosis breve por estrés	Pensamiento se desorganiza en estrés, experiencias inusuales
	Narcisismo	Necesidad adulación, búsqueda atención, grandiosidad, aprobación	Grandiosidad con necesidad de atención y aprobación
	Suspiciacia	Hipervigilancia, suspiciacia	Desconfianza, hiperalerta a los signos de amenaza interpersonal
Disocial	Problemas conducta	Violencia, conducta antisocial, conductas adictivas, antinormatividad	Tendencia a mostrar conductas antisociales y rechazar normas sociales
	Rechazo	Estilo cognitivo rígido, crítico, hostilidad, dominancia	Antagónico, crítico, hostil
	Dureza	Egocentrismo, explotación, irresponsabilidad, falta empatía, falta piedad, sadismo	Desprecio por los demás, falta de empatía y remordimiento
	Búsqueda estímulos	Búsqueda de sensaciones, impulsividad, temeridad	Necesidad de emoción y estimulación, imprudente e impulsivo
Inhibición	Problemas intimidad	Deseo mejora vínculo, inhibición sexualidad, apego evitativo	Evitación de vínculos de apego, de vínculos estrechos e íntimos, patrón apego evitativo
	Expresividad restringida	Reacio abrirse, expresividad restringida ira, afecto, sentimientos, autosuficiencia	Distante y emocionalmente no responsivo
Co	Compulsividad	Disciplina, precisión, escrupulosidad	Ordenado y sistemático
	Autolesión	Ideas y actos autolesión	

Figura 9. Modelo de personalidad patológica de Livesley^{250,251,253,256}

Se desarrollaron un total de 100 escalas que incluían estos rasgos prototípicos de TP y que fueron administradas a diferentes muestras de la población general con el objetivo de obtener sus propiedades psicométricas así como su replicabilidad. De todo este procedimiento se obtuvieron 15 factores, dimensiones o rasgos de la personalidad. El cuestionario *Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire* (DAPP-BQ)²⁵⁶ fue diseñado a partir de los resultados de estas 100 escalas. El cuestionario incluye 18 rasgos de la personalidad (Figura 9): el factor sobre alteración de la identidad fue dividido en dos agrupaciones (ansiedad y problemas de identidad) y se añadieron dos factores relevantes a nivel clínico: suspicacia y autolesión.

El DAPP-BQ es un cuestionario autoadministrado de 290 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de 5 grados. El cuestionario mide 18 rasgos básicos, formados a su vez por 69 subrasgos (Figura 9). Los 18 rasgos primarios se agrupan en 4 factores de segundo orden: disregulación emocional, disocial, inhibición y compulsividad.

La disregulación emocional incluye inestabilidad y reactividad emocional, tendencia a la ansiedad-rasgo, insatisfacción con el yo y las experiencias vitales y problemas interpersonales incluyendo conducta interpersonal insegura y sumisa^{253,257}. Esta dimensión se asocia al neuroticismo de Eysenck²⁴⁸ o del modelo de los 5 factores²⁴³, al que se añaden aspectos que no se incluyen clásicamente en el neuroticismo como los problemas de identidad, la desorganización cognitiva, la inseguridad con el apego, el oposicionismo, la suspicacia y el narcisismo. La conducta disocial incluye comportamientos impulsivos, desinhibidos y de frialdad y explotación interpersonal. Son la base del trastorno antisocial de la personalidad y se asocian también al trastorno paranoide y al narcisista²⁵³. Esta dimensión se asocia al psicoticismo de Eysenck²⁴⁹, o a la búsqueda de sensaciones de Zuckerman²⁵⁸, e inversamente a la amabilidad del modelo de los 5 factores²⁴³. La inhibición incluye la expresión emocional restringida, y la inhibición interpersonal. Se asocia inversamente a la extraversión de Eysenck o de los 5 factores, y a los trastornos de personalidad esquizoide y por evitación²⁵³. La compulsividad hace referencia a la tendencia al orden, meticulosidad, rigidez y autocontrol^{253,257}, se asocia a la responsabilidad del modelo de los 5 factores, y es la base del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. En la Figura 10 se muestran los factores del DAPP-BQ y su asociación con otros modelos de personalidad y con los TP.

El cuestionario DAPP-BQ se ha traducido y validado al holandés²⁵⁹, japonés²⁶⁰, alemán²⁶¹ y al chino²⁶². Además también cuenta con una traducción al español realizada por Gutiérrez-Zotes y colaboradores²⁵⁷, en que se hallaron excelentes propiedades psicométricas y se replicaron las estructuras factoriales de segundo orden de 4 factores tanto en una muestra de pacientes con TP como en una muestra de población general.

Dim.	Rasgos	TP	5 Grandes	Eysenck
Disregulación emocional	Labilidad afectiva	TP límite, histriónico	↑Neuroticismo	↑Neuroticismo
	Sumisión	TP dependiente, histriónico	↑Extraversión ↑Amabilidad	
	Ansiedad	TP límite, evitador	↑Neuroticismo	
	Vínculo inseguro	TP límite, dependiente	↑Neuroticismo ↑Extraversión	
	Evitación social	TP esquizoide, esquizotípico, evitador	↑Neuroticismo ↓Extraversión	
	Problemas identidad	TP límite	↑Neuroticismo	
	Oposicionismo		↓Responsabilidad	
	Distorsión cognitiva	TP límite, esquizotípico	↑Neuroticismo	
	Narcisismo	TP narcisista, histriónico	↑Neuroticismo ↓Amabilidad	
	Susplicacia	TP paranoide, esquizotípico		
Disocial	Problemas conducta	TP antisocial	↓ Amabilidad ↓ Responsab	↑Psicoticismo
	Rechazo		↓Amabilidad	
	Dureza		↓ Amabilidad ↓ Responsab	
	Búsqueda estímulos		↑Extraversión ↓ Responsab	
Inhibición	Problemas intimidad	TP esquizoide	↓Extraversión	↓Extraversión
	Expresividad restringida	TP esquizoide, esquizotípico		
Co	Compulsividad	TP obsesivo-compulsivo	↑Responsab	

Figura 10. Relación entre DAPP, trastornos de la personalidad²⁵⁶, modelo de 5f²⁶⁰ y Eysenck²⁶³

1.4.3. Alteraciones de la personalidad en mujeres víctimas de violencia de pareja

Existen pocos estudios que hayan evaluado la relación entre victimización por VP y alteraciones en la personalidad (Tabla 5). Estos estudios pueden clasificarse en dos grupos: a) estudios que han evaluado la relación entre victimización por VP y una mayor presencia de trastornos de la personalidad (TP); y b) estudios que han evaluado la relación entre victimización por VP y mayores puntuaciones en medidas psicométricas de personalidad.

En general los estudios previos muestran una asociación entre la exposición a VP y una mayor presencia de TP (Tabla 5). No obstante, la mayor parte de estudios emplean muestras pequeñas²⁶⁴⁻²⁶⁶, algunos no reclutan un grupo control de comparación^{265,267}, tienden a medir sólo un tipo determinado de TP, y tan sólo tres estudios emplean una entrevista diagnóstica estructurada para el diagnóstico de TP: la *Structured Clinical Interview for DSM Disorders* (SCID)²⁶⁸, y la *Diagnostic Interview Schedule for DSM Disorders* (DIS)^{183,265}. Todo ello hace que los resultados de los estudios no sean comparables entre sí o que puedan mostrar contradicciones en cuanto al tipo de TP asociado a la exposición a VP.

En cuanto a los estudios realizados con medidas psicométricas de personalidad, tres estudios²⁶⁹⁻²⁷¹ emplearon el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI, MMPI-II)^{272,273}, cinco estudios²⁷⁴⁻²⁷⁸ emplearon el *Millon Clinical Multiaxial Inventory* (MCMI-II, MCMI-III)^{279,280}, y un estudio²⁸¹ empleó el *Coolidge Axis II Inventory* (CATI)²⁸².

Los estudios que han empleado el MMPI han hallado una relación entre la exposición a VP y un perfil en el MMPI caracterizado por elevaciones en las escalas que miden hostilidad e impulsividad (*desviación psicopática*), malestar social (*paranoia*), problemas de pensamiento y concentración (*esquizofrenia*), malestar emocional, confusión y experiencias atípicas (escala F), y bajas puntuaciones en defensas psicológicas (escala K). Además, estos estudios también han hallado una correlación entre las puntuaciones del MMPI y la intensidad de la VP tanto física como psicológica^{270,271}. Los autores han interpretado estos resultados en la línea de considerar el perfil del MMPI como reactivo a la situación de VP.

Los estudios que emplean el MCMI o el CATI hallan resultados menos homogéneos. La mayoría de estudios encuentran mayores elevaciones en las escalas esquizoide, evitación y autoderrotista^{13,275,276}, y algunos estudios hallan también elevaciones en la escala dependiente^{274,278}. Pico-Alfonso y colaboradores²⁷⁷ realizaron un estudio en la Comunidad de Valencia en que reclutaron 73 mujeres con VP física y psicológica, 53 mujeres con VP psicológica y 52 mujeres sin historia de VP. Hallaron que las mujeres con VP tenían mayores puntuaciones en las escalas esquizoide, evitación y autoderrotista y en las tres escalas más patológicas límite, paranoide i esquizotípica. Además, las mujeres con VP física también

presentaron puntuaciones elevadas en las escalas narcisista, antisocial, agresiva y pasivo-agresiva.

Los estudios realizados hasta el momento no han considerado el efecto de la presencia de sintomatología depresiva sobre las puntuaciones en personalidad. Como se ha comentado en el apartado 1.3.3.1 la sintomatología depresiva es una de las repercusiones más frecuentes de la VP. Estudios previos muestran como el episodio depresivo agudo afecta las puntuaciones en personalidad²⁸³, habitualmente amplificándolas (no distorsionándolas)²⁸⁴.

La asociación entre victimización por VP y personalidad se ha interpretado en base a tres hipótesis:

- ◆ La personalidad previa podría incrementar el riesgo de exponerse a la VP. Los primeros estudios concluyeron que la alteración en personalidad era un factor de riesgo para la VP²⁶⁹. En favor de esta hipótesis encontramos estudios que hallan una asociación entre características preexistentes de personalidad y vulnerabilidad para la exposición a traumas interpersonales de tipo violento²⁸⁵.
- ◆ Los resultados en las medidas psicométricas serían reactivas a la VP y desaparecerían con el cese de la exposición a la VP. Rosewater es la primera autora que defendió esta hipótesis²⁸⁶. El hecho de que las puntuaciones en el MMPI correlacionen con la intensidad de la VP apoya la hipótesis de que estas alteraciones serían reactivas a la VP.
- ◆ Algunos autores sugieren, en la línea del TEPT complejo expuesto en el apartado 1.3.3.4, que la exposición a una situación prolongada de control autoritario, como el que puede producirse en algunas situaciones de VP, podría conducir a cambios en la personalidad²⁰⁸, ya que la alteración en la personalidad sería uno de los aspectos claves del concepto de TEPT complejo²⁸⁷. A favor de esta hipótesis encontramos el estudio longitudinal llevado a cabo por Löckenhoff y colaboradores, en que hallan que experimentar eventos traumáticos –sin distinguir tipo de trauma- se asociaba a la presencia posterior de cambios en personalidad (mayor neuroticismo y menor amabilidad), mientras que los rasgos de personalidad previos no se asociaron a la exposición posterior al suceso traumático²⁸⁸.

Tabla 5. Estudios sobre victimización por VP y personalidad

Autores	Muestra	Instrumentos	Resultados
<i>Estudios sobre la relación entre victimización por VP y trastornos de la personalidad</i>			
Back et al., 1982 ²⁶⁴	Muestra clínica (planta de hospitalización psiquiátrica) VP+ : 25 VP- : 27	TP: Criterios diagnósticos DSM-II (no entrevista estructurada) VP: revisión historia clínica	TP: VP+ : 84%; VP-: 45%, sig TP límite, pasivo-dependiente, pasivo-agresivo, no especificado
Gleason, 1993 ²⁶⁵	Muestra conveniencia (mujeres VP+ de casa de acogida y VP+ muestra comunitaria) VP+ casa acogida: 30 VP+ comunitaria: 32	TP: DIS VP: muestra de conveniencia	TP antisocial: VP+ casa acogida: 17% VP+ comunitaria: 20% Grupo comparación (muestra estudio comunitario): 1%
Watson et al., 1997 ²⁶⁸	Muestra conveniencia (VP+ casa acogida o derivación de profesionales; VP- trabajadores de hospital) VP+: 56 VP-: 110	TP: SCID VP: entrevista, ABI	TP límite: VP+: 9%; VP-: 2%, ns TP dependiente: VP+: 8%; VP-: 2%, ns TP evitador: VP+: 12%; VP-: 2%, sig
Danielson et al., 1998 ¹⁸³	Muestra poblacional VP+: 54 VP-: 407	TP: DIS VP: CTS	TP antisocial: VP+: 3,7%; VP-: 0,2%, sig
Sansone et al., 2007 ²⁶⁶	Muestra clínica VP+: 25 VP-: 27	TP: PDQ-4 VP: SVAWS	TP límite: VP+: 52%; VP-: 7%, sig
Helfrich et al., 2008 ²⁶⁷	Muestra conveniencia (VP+ casa acogida) VP+: 74	TP: encuesta VP: muestra de conveniencia	TP (antisocial o obsesivo): 13,5% Grupo comparación (muestra estudio comunitario): 0,6%
<i>Estudios sobre la relación entre victimización por VP y cuestionarios de personalidad</i>			
Gellen et al., 1984 ²⁶⁹	Muestra conveniencia VP+: 10 VP-: 10	Personalidad: MMPI VP: muestra conveniencia	↑ puntuaciones en hipocondriasis, depresión, histeria, desviación psicopática, paranoia, psicastenia, esquizofrenia, introversión social
Khan et al., 1993 ²⁷⁰	Muestra conveniencia (VP+ casa acogida) VP+: 56	Personalidad: MMPI-2 VP: muestra conveniencia	↑ puntuaciones en infrecuencia (F), desviación psicopática, paranoia y esquizofrenia ↓ puntuaciones en K Correlación duración VP – escala F: 0,50, sig Correlación intensidad VP – nota T media: 0,44, sig

Autores	Muestra	Instrumentos	Resultados
Rollstin et al., 1998 ²⁷¹	Muestra conveniencia VP+: 50	Personalidad: MMPI-2 VP: CTS	Correlación significativa entre puntuaciones MMPI y intensidad de VP, pero no con tiempo desde la separación
Coolidge et al., 2002 ²⁸¹	Muestra conveniencia VP+ una relación: 33 VP+ múltiples relaciones: 42 VP-: 54	Personalidad: CATI	Mayores puntuaciones en dependiente, paranoide y autoderrotista en el grupo VP+ múltiples relaciones que en los otros dos grupos.
Cogan et al., 1996 ²⁷⁴	Muestra conveniencia VP+: 40 VP-: 13	Personalidad: MCMI-II VP: CTS	Mayores puntuaciones en la escala dependiente.
Pérez-Testor et al., 2007 ²⁷⁵	Muestra conveniencia (casa acogida) VP+: 18	Personalidad: MCMI-II	Elevadas puntuaciones en la escala esquizoide.
Pico-Alfonso et al., 2008 ²⁷⁷	Muestra conveniencia VP+ físico y psicológico: 73 VP+ psicológico: 53 VP-: 52	Personalidad: MCMI-II VP: instrumento ad hoc	Mayores puntuaciones en VP+ en: esquizoide, evitación, autoderrotista, esquizotípica, límite, paranoide. Además, en VP+ físico se añade narcisista, agresivo, antisocial, pasivo-agresivo. Control de abuso en la infancia
Estrellado, 2010 ²⁷⁶	Muestra conveniencia VP+: 20	Personalidad: MCMI-II	Puntuaciones elevadas: esquizoide Puntuaciones moderadas: evitación, compulsividad, autoderrotista
Ballester et al., 2010 ²⁷⁸	Muestra conveniencia (ámbito forense) VP+ psicológico: 30	Personalidad: MCMI-III	Puntuaciones elevadas: compulsividad, dependiente, histriónico, deseabilidad social

VP+: mujeres expuestas a violencia de pareja; VP-: mujeres sin historia de violencia de pareja

SCID: Structured Clinical Interview for DSM Disorders²⁸⁹; DIS: Diagnostic Interview Schedule for DSM Disorders²⁹⁰

PDQ-4: Personality Diagnostic Questionnaire--revised²⁹¹; MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MCMI: Millon Clinical Multiaxial Inventory; CATI: Coolidge Axis II Inventory.

ABI: Abusive Behavior Inventory; CTS: Conflict Tactics Scales; SVAWS: Severity of Violence Against Women Scale.

1.5. Permanencia con el maltratador

1.5.1. Perspectiva teórica

Existen varias teorías que intentan explicar los motivos de permanencia o huida de una situación de VP (Figura 11). La mayor parte de estas teorías se han expuesto en dos revisiones previas de referencia, una realizada por Strube²⁹² en 1988, y otra realizada por Rhatigan²⁹³ y colaboradores en 2006.

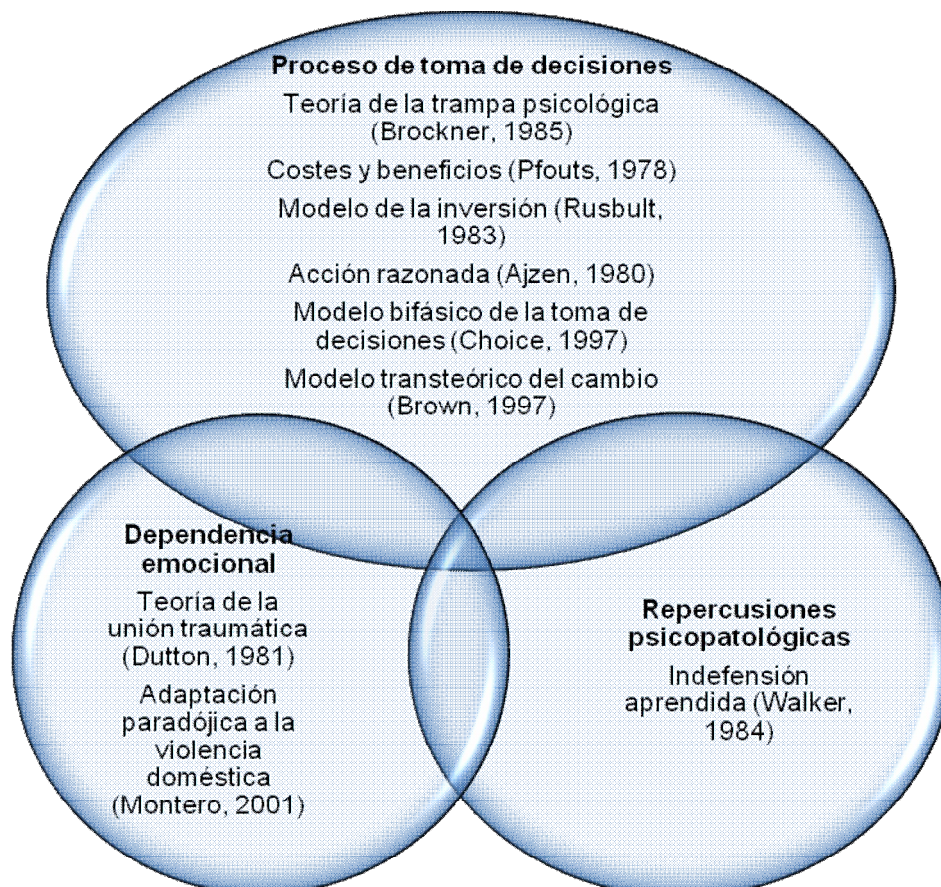


Figura 11. Modelos teóricos de la permanencia de la mujer maltratada con el maltratador.
Adaptado de Amor²⁹⁴

Los modelos teóricos de la permanencia de la mujer en la situación de VP pueden dividirse en dos grupos. El primer grupo incluye todas aquellas teorías que se refieren al proceso de toma de decisiones y que proceden de teorías generales sobre la toma de decisiones, sin considerar la exposición a la VP ni sus efectos²⁹³. El segundo grupo serían teorías específicas de la situación de VP, que tendrían en cuenta tanto la dinámica propia de la VP como sus consecuencias psicopatológicas para explicar el mantenimiento de la mujer en la situación de VP²⁹³. A continuación se describen los principales modelos teóricos.

1.5.1.1. Teoría de la trampa psicológica

La trampa psicológica hace referencia al proceso de toma de decisión en que las mujeres víctimas de VP escalan en su compromiso de mantenerse en la decisión de seguir con su agresor en base a la cantidad de inversión previa en esa relación^{292,295}. Cuanto más tiempo y esfuerzo se invierte en conseguir la mejora de la relación, menos probabilidad de abandonarla²⁹⁴. Esta teoría se basa en la teoría de la disonancia cognitiva²⁹⁶, de tal forma que las personas nos sentimos obligadas a justificar la inversión en tiempo, esfuerzo o dinero para alcanzar un objetivo, así como continuar invirtiendo recursos en el mismo objetivo para justificar los gastos previos²⁹².

1.5.1.2. Modelo de costes y beneficios

Este modelo conceptual está basado en la teoría psicosocial del intercambio social²⁹⁷, que postula que las relaciones interpersonales se basan en el análisis de costes y beneficios así como la comparación con alternativas. Pfouts²⁹⁸ aplicó esta teoría al campo de la VP. El proceso de toma de decisiones se produce en dos fases: a) la mujer víctima de VP realiza un balance de los costes y los beneficios de la relación actual obteniendo así un grado de satisfacción, y b) esta satisfacción se compara con el grado de satisfacción estimada de las posibles alternativas^{292,298}. De la conjunción de ambas posibilidades con los costes y los beneficios se obtienen cuatro posibles resultados. Por ejemplo, Pfouts sugiere que si los costes económicos, sociales y psicológicos superan los beneficios tanto en la relación de VP como en las alternativas, entonces la mujer expuesta a VP tiende a la autoculpabilización²⁹⁸.

1.5.1.3. Modelo de la inversión

El modelo de la inversión²⁹⁹ representa una extensión y perfeccionamiento del modelo de análisis de costes y beneficios. Este es el modelo que ha mostrado mayor apoyo empírico en la literatura general sobre la toma de decisiones respecto a la permanencia en una relación de

pareja, sea ésta abusiva o no²⁹³. Este modelo teórico postula que la mujer expuesta a VP establece un determinado nivel de compromiso en una relación de pareja en la medida en que sus necesidades no pueden satisfacerse sin esta relación de pareja²⁹³. De este modo, el nivel de compromiso dependería de la satisfacción con la relación, la calidad de las alternativas y la inversión. La satisfacción con la relación es el resultado del balance de costes y beneficios de la relación actual, mientras que la calidad de las alternativas hace referencia al balance costo/beneficio de las alternativas a la relación (no relación, otra relación, relación con la familia u otros significativos)²⁹³. La inversión hace referencia a la cantidad e importancia de recursos tanto psicológicos como materiales que se perderían si la relación terminara. La relación entre estos factores puede establecerse según la siguiente fórmula:

$$\text{Compromiso} = \text{Satisfacción} - \text{Alternativas} + \text{Inversión}$$

1.5.1.4. Teoría de la acción razonada / conducta planificada

La teoría de la acción razonada propuesta por Fishbein y Ajzen³⁰⁰ sostiene que la intención conductual (mantenerse con o separarse de la pareja) está determinada por las expectativas de resultados y la norma social. Las expectativas de resultados se refieren a la valoración de costes y beneficios de mantenerse con la pareja. La norma social se refiere a las redes de influencia social que puedan influir en una decisión (por ejemplo, la presión familiar para mantenerse en la relación)²⁹⁴. Esta teoría, si bien ha mostrado poder de predicción en diferentes campos de cambio conductual, ha sido escasamente aplicada al campo de la VP²⁹³.

1.5.1.5. Modelo bifásico de la toma de decisiones

Choice y Lamke desarrollaron un modelo teórico en 1997³⁰¹ que tenía como objetivo integrar los modelos que presentó Strube en 1988: trampa psicológica, modelo de la inversión, teoría de la acción razonada e indefensión aprendida. El modelo identifica aspectos compartidos por varias teorías (inversión, recursos, barreras, análisis de costo-beneficio), añadiendo aspectos propios de cada una de ellas²⁹³. El proceso de toma de decisiones de una mujer víctima de VP se lleva a cabo mediante la respuesta a dos preguntas:

- a) ¿Estaré mejor fuera de la relación?
- b) ¿Podré salir de la relación?

La respuesta a la primera pregunta depende de la satisfacción con la relación de pareja, la inversión realizada, la calidad de las alternativas y las normas y presión social. La respuesta a la segunda pregunta depende de los recursos y barreras tanto institucionales como personales (por ejemplo, los efectos de la indefensión aprendida)²⁹³.

1.5.1.6. Modelo transteórico del cambio

El modelo transteórico (MTT) de Prochaska y DiClemente³⁰², o de estadios de cambio, se desarrolló originalmente para explicar de qué forma las personas cambian hábitos de conducta. El modelo incluye cuatro componentes del cambio: los estadios del cambio, los procesos de cambio, el balance decisional y la autoeficacia³⁰³. Los estadios del cambio hacen referencia al nivel de preparación de la persona para el cambio de un determinado comportamiento. Brown³⁰⁴ adaptó el MTT a la situación de VP: a) en el estadio de *precontemplación*, la mujer expuesta a VP tiende a minimizar el problema, y sus consecuencias, percibe su relación de pareja como normal, no se identifica como víctima de VP y puede tender a culpabilizarse; b) en el estadio de *contemplación*, predomina la ambivalencia y la disonancia cognitiva, en este estadio tiende a coexistir el deseo de cambio y la lealtad y el afecto hacia el maltratador, se divide en contemplación temprana (la mujer identifica la relación como de abuso pero decide no actuar) y contemplación tardía (la mujer empieza a balancear pros y contras de la separación)³⁰³; c) en el estadio de *preparación*, la mujer reconoce la situación de VP, tiene la intención de separarse y empieza a diseñar un plan para hacerlo; d) en el estadio de *acción*, la mujer víctima de VP realiza cambios, se separa, toma decisiones, emprende acciones legales; y e) se considera que una mujer se encuentra en el estadio de *mantenimiento* si ésta se mantiene alejada del maltratador.

Los procesos de cambio incluyen 10 procesos cognitivos y conductuales que explican cómo se mueve la víctima de VP de un estadio a otro. Los procesos cognitivos incluyen incremento de la conciencia, autoreevaluación o alivio por dramatización, entre otros, mientras que los procesos conductuales incluyen auto-liberación, o relaciones de ayuda³⁰⁵. Las mujeres expuestas a VP tienden a emplear más procesos cognitivos en los estadios iniciales y más procesos conductuales en los estadios más tardíos^{303,305}.

1.5.1.7. Teoría de la unión traumática

La teoría de la unión traumática³⁰⁶ se elaboró con el objetivo de explicar por qué las mujeres víctimas de VP (y también las personas secuestradas) desarrollan vínculos emocionales de apego hacia aquella persona que abusa de ellas o las agrede²⁹³. La base de este fenómeno se basa en dos procesos, el desequilibrio de poder y los periodos intermitentes de refuerzo positivo y negativo. El desequilibrio de poder se refiere al control coercitivo que lleva a cabo el perpetrador sobre la víctima, que provoca que ésta internalice la visión negativa que él tenga de ella, provocando baja autoestima, la creencia de ser incapaz de cuidarse por sí sola, y por tanto aumentando la dependencia emocional. En cuanto a lo que se refiere a la intermitencia del

abuso, el descenso en el *arousal* tras una situación violenta actúa como un potente reforzador negativo. Igualmente, el período de *luna de miel* actúa también como un importante reforzador positivo. Según esta teoría, habrá mayor apego al maltratador a mayor desequilibrio de poder e intermitencia del abuso. Esta es una teoría que realiza hipótesis específicas sobre qué mujeres tenderán con mayor probabilidad a volver con su pareja maltratadora. El sistema de apego actúa ante situaciones de separación, de tal forma que las mujeres con mayor unión traumática tenderán tras la separación a focalizarse exclusivamente en los aspectos positivos y reforzantes de la relación³⁰⁷.

1.5.1.8. Adaptación paradójica a la violencia doméstica

Andrés Montero elaboró la teoría de la adaptación paradójica a la violencia doméstica, que describió como un conjunto de procesos psicológicos (cognitivos, conductuales, emocionales y fisiológicos) que culminan en el desarrollo paradójico de un vínculo interpersonal de protección entre la víctima de VP y el perpetrador, en el marco de un ambiente traumático y de restricción estimular, a través de la inducción en la mujer de un modelo mental³⁰⁸. Este síndrome sería análogo a un síndrome de Estocolmo que se desarrollaría para proteger la integridad psicológica y reestablecer la homeostasis: a) en la fase *desencadenante*, las primeras agresiones físicas generan en la mujer desorientación, pérdida de referentes y reacciones de estrés; b) en la fase de *reorientación*, la mujer reordena los esquemas cognitivos para resolver la disonancia entre la elección de pareja y la realidad, la mujer se autoinculpa y entra en un estado de indefensión; c) en la fase de *afrentamiento*, se maneja la situación traumática asumiendo el modelo mental del maltratador, y d) en la fase de *adaptación*, se proyecta la culpa al exterior y, de forma paradójica, la mujer defiende a su pareja.

1.5.1.9. Indefensión aprendida

Lenore Walker²⁰⁴ aplicó la teoría de la indefensión aprendida²⁰⁵ para explicar la pasividad y dependencia de las mujeres víctimas de VP. Las mujeres víctimas de VP que siguen siendo víctimas de violencia a pesar de todos los intentos de controlar dicha situación desarrollan déficits en motivación, cognición (dificultades para la resolución de problemas), y el afecto (síntomas depresivos), que son dependientes de atribuciones internas (*he causado la situación de violencia*), estables (*esta situación no cambiará*), y globales (*recibo abuso en todas las áreas de mi vida*) de la causalidad de la violencia. Estos déficits serían los responsables del mantenimiento en la situación de violencia y la dificultad para salir de ella²⁹³.

1.5.2. Factores asociados a la permanencia en la situación de VP

Los estudios sobre factores asociados a la permanencia en la situación de VP han identificado factores de la víctima, del perpetrador y de la relación (Tabla 6).

Tabla 6. Estudios sobre factores asociados a la permanencia o separación de la situación de VP

Factores asociados a la permanencia en la situación de VP	
<i>Factores de la víctima</i>	
Estrategias de afrontamiento	Atribución interna de los episodios de violencia Menor tiempo en la casa de acogida, menor contacto con centros especializados en VP Menos separaciones previas
Exposición a traumas previos	No se ha hallado asociación consistente entre exposición a violencia en la infancia y mantenerse en la situación de VP
Factores socioeconómicos	Mayor dependencia económica, ausencia de ingresos propios Resultados inconsistentes para nivel educativo y nivel de apoyo social
Personalidad, creencias, actitudes	Actitudes tradicionales respecto a los roles de género, creencias religiosas Menor autoestima Apego ansioso-ambivalente Locus de control externo
Consecuencias psicopatológicas	Malestar emocional ³⁰⁹ Síntomas postraumáticos ³¹⁰
<i>Factores del perpetrador</i>	
Personalidad, actitudes, comportamiento	Mayor probabilidad de intención de separación si: Comportamiento muy negativo o despectivo hacia la mujer Rasgos de personalidad patológicos Mayor acoso hacia la pareja Alcoholismo Mayor probabilidad de intención de mantenerse si: Aceptan iniciar tratamiento o prometen cambiar
Factores socioeconómicos	Empleo estable, nivel educativo, nivel de ingresos
<i>Factores de la relación</i>	
Dinámica de la relación	Satisfacción con la relación, afecto por la pareja
Violencia	Aunque no existen resultados consistentes, existe más probabilidad de abandonar la relación cuando la violencia es más frecuente y más grave

Adaptado de Rhatigan y cols.²⁹³

En general, los factores que se han mostrado más consistentemente asociados a la permanencia en la situación de VP serían la dependencia económica, las estrategias de afrontamiento y las creencias de la víctima; el compromiso de cambio y la ausencia de rasgos de personalidad patológicos en el perpetrador; mayor satisfacción y compromiso en la relación^{293,294}.

Existe algun estudio reciente que halla una relación positiva entre la presencia de sintomatología de malestar emocional y de estrés postraumático y la presencia de un mayor nivel de compromiso en la relación (según el modelo de la inversión) y por tanto una mayor probabilidad de mantenerse en la relación de pareja^{309,310}. Estos resultados estarían a favor de la teoría de la indefensión aprendida, y en contra de la literatura previa, que no halla evidencias de que las mujeres con indefensión aprendida tiendan a mantenerse en la situación de VP²⁹³.

La frecuencia e intensidad de la VP se ha asociado en la mayoría de estudios a una mayor probabilidad de abandonar la relación de pareja, si bien los resultados no son consistentes en todos los estudios²⁹³. Es posible que las víctimas de niveles moderados de violencia tiendan a buscar una justificación a ésta o traten de mejorar la relación de pareja, mientras que las mujeres víctimas de situaciones más graves y frecuentes de VP deseen en mayor medida la separación pero temen hacerlo por las represalias ante tal decisión²⁹⁴. Cabe destacar que la separación de la pareja no conlleva en muchos casos el fin de la violencia, tiende a asociarse a un incremento en los niveles de malestar emocional, y se asocia con un número elevado de estresores secundarios que implican múltiples pérdidas y un aumento en las responsabilidades³¹¹. En este mismo sentido, la separación suele ser un factor de riesgo importante para el homicidio en el contexto de la VP³¹¹.

1.5.3. Instrumentos de medida de los motivos percibidos de permanencia en la situación de VP

Una forma potencial de intentar detectar las necesidades específicas de atención de cada mujer víctima de VP sería la identificación de los motivos percibidos por la mujer para permanecer en la situación de VP. El desarrollo de instrumentos para medir estos motivos percibidos puede ayudar a detectar las barreras tanto situacionales como personales que dificultan o bloquean la huida de la situación de maltrato. Además el desarrollo de un instrumento de medida permite cuantificar estos motivos y comparar los resultados con otros estudios.

En el momento actual sólo existe un instrumento de medida de los motivos percibidos de permanencia o huida de la situación de la VP. Este instrumento se llama *Decision to Leave Scale* (DLS; Hendy y cols.³¹²). Se trata de una escala tipo Likert de 30 ítems y que consta de 7 subescalas: miedo a la soledad, necesidades de cuidado infantil, problemas económicos, vergüenza social, escaso apoyo social, miedo al daño, y esperanza de que las cosas cambien. La escala se desarrolló en una muestra de estudiantes universitarios, a la cual se añadió una muestra de mujeres víctimas de VP proveniente de casas de acogida. La estructura factorial de 7 factores se replicó en ambas muestras, la escala mostró validez de criterio entre la muestra universitaria y la muestra de mujeres víctimas de VP, y se hallaron asociaciones entre los motivos percibidos

y la decisión de mantenerse o huir de la situación de VP³¹². Como limitaciones a la escala cabe destacar que el estudio de las propiedades psicométricas se llevó a cabo predominantemente con una muestra universitaria, con un nivel de exposición bajo a los factores que mide el test. Por ejemplo, se trata de una muestra joven, soltera, sin hijos, y con una relación de pareja de poca duración. Además, faltan motivos percibidos de permanencia con el agresor relevantes, como la atribución interna de la culpa, el miedo a los cambios, o los efectos cognitivos y afectivos que pueden afectar la toma de decisiones.

Capítulo 2

Objetivos e hipótesis

2.1. Objetivos

El objetivo del presente trabajo es avanzar en el conocimiento de la violencia de pareja, su detección, factores asociados y sus consecuencias. Concretamente, el presente trabajo pretende proporcionar herramientas validadas en nuestra población para la detección en el ámbito sanitario de la VP, explorar la relación entre la personalidad y la victimización por VP, y estudiar los motivos de bloqueo de la huida, escape o ruptura de la relación con el maltratador.

2.1.1. Objetivos principales

Artículo 1

- ◆ Realizar la validación externa de cuatro instrumentos para la identificación en el ámbito sanitario de la violencia de pareja (VP): *Index of Spouse Abuse* (ISA; Hudson y cols., 1981)¹²³, *Psychological Maltreatment of Women Inventory – short form* (PMWI-SF; Tolman, 1999)¹¹, *Woman Abuse Screening Tool* (WAST; Brown y cols., 1996)¹³⁸, y *Partner Violence Screen* (PVS; Feldhaus y cols., 1997)⁷⁷, estudiar su concordancia y comparar su precisión diagnóstica.

Artículo 3

- ◆ Estudiar si existen rasgos de la personalidad que distinguen entre mujeres expuestas a VP y mujeres no expuestas a VP, controlando el efecto de la sintomatología depresiva.
- ◆ Estudiar la asociación entre la intensidad y duración de la VP y los rasgos de la personalidad.

2.1.2. Objetivos secundarios

Artículo 2

- ◆ Realizar la ponderación de los ítems de la versión española del ISA
- ◆ Analizar la fiabilidad, validez y estructura factorial del ISA en una muestra española de mujeres expuestas a VP, y mujeres no expuestas a VP.

Artículo 4

- ◆ Diseñar la “Escala de Bloqueo de la Huida en Situación de Maltrato” para evaluar los motivos percibidos por la mujer expuesta a VP que le impiden o dificultan la huida, escape o ruptura de la relación con el maltratador.
- ◆ Estudiar las propiedades psicométricas de la “Escala de Bloqueo de la Huida en Situación de Maltrato” en una muestra de mujeres expuestas a VP.
- ◆ Asociar los factores identificados en la “Escala de Bloqueo de la Huida en Situación de Maltrato” con diferentes variables clínicas, sociodemográficas y de la violencia.

2.2. Hipótesis

2.2.1. Hipótesis principales

Artículo 1

- ◆ Los cuestionarios ISA, PMWI-SF, WAST y PVS tendrán una adecuada precisión diagnóstica, con valores de sensibilidad y especificidad superiores al 70%.
- ◆ Los cuatro instrumentos (ISA, PMWI-SF, WAST, PVS) tendrán buenos valores de concordancia entre sí.

Artículo 3

- ◆ Las mujeres expuestas a VP exhibirán mayores puntuaciones en rasgos de Disregulación Emocional e Inhibición que las mujeres no expuestas a VP, una vez controlado el efecto de la sintomatología depresiva.
- ◆ La severidad y/o la duración de la VP se asociará positivamente a los rasgos de Disregulación Emocional e Inhibición en las mujeres expuestas a VP.

2.2.2. Hipótesis secundarias

Artículo 2

- ◆ El cuestionario ISA presentará al menos dos dimensiones: física y psicológica.
- ◆ El cuestionario ISA poseerá adecuadas propiedades psicométricas para ser utilizada en la valoración de la VP.

Artículo 4

- ◆ La “Escala de Bloqueo de la Huida en Situación de Maltrato” tendrá adecuada validez de contenido para evaluar los motivos percibidos por la mujer expuesta a VP que le impiden o dificultan la huida, escape o ruptura de la relación con el maltratador.
- ◆ La “Escala de Bloqueo de la Huida en Situación de Maltrato” mostrará adecuadas propiedades psicométricas para su uso en una muestra de mujeres expuestas a VP.
- ◆ Los factores hallados en la “Escala de Bloqueo de la Huida en Situación de Maltrato” mostrarán asociación con variables teóricamente relacionadas.

Capítulo 3

Artículos

3.1. Artículo 1. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario

3.1.1. Resumen

3.1.1.1. Objetivo

Realizar la validación externa de cuatro instrumentos: *Index of Spouse Abuse* (ISA; Hudson y cols., 1981)¹²³, *Psychological Maltreatment of Women Inventory – short form* (PMWI-SF; Tolman, 1999)¹¹, *Woman Abuse Screening Tool* (WAST; Brown y cols., 1996)¹³⁸, y *Partner Violence Screen* (PVS; Feldhaus y cols., 1997)⁷⁷, estudiar su concordancia y comparar su precisión diagnóstica, con la finalidad de proporcionar herramientas validadas para la detección de la VP en el ámbito sanitario español.

3.1.1.2. Método

Se trata de un estudio observacional de validación de cuestionarios de casos y controles. Las participantes fueron mujeres mayores de 18 años que tuvieran o hubiesen tenido pareja en el último año. La muestra de casos (mujeres expuestas a VP) fue reclutada consecutivamente procedente de un centro especializado en VP, mientras que la muestra de controles (mujeres no expuestas a VP) fue una muestra de conveniencia procedente de centros de atención primaria (AP). Las mujeres que en los centros de AP fueron identificadas como víctimas de VP fueron reasignadas al grupo de casos.

La prueba de referencia para el diagnóstico de VP fue la *entrevista diagnóstica para el diagnóstico del maltrato de pareja* del Instituto de la Mujer³⁸. En caso de duda diagnóstica se formuló un diagnóstico de VP o no VP mediante el procedimiento Longitudinal Expert All Data (LEAD), evaluación longitudinal realizada por expertos que considera todos los datos disponibles, en la historia clínica, y todas las evaluaciones realizadas por profesionales de la salud y de trabajo social³¹³. Los profesionales que realizaron la entrevista desconocían las respuestas a los cuestionarios de VP.

- El ISA¹²³ es una medida de autoinforme de 30 ítems diseñada para medir la intensidad de la VP, que se responde en una escala tipo Likert de 5 grados. Las puntuaciones se obtienen calibrando, sumando y estandarizando las preguntas correspondientes a la puntuación general y a cada una de las subescalas. Se concluye una puntuación general (0-100) y dos puntuaciones correspondientes a las subescalas de abuso físico (ISA-P) y de abuso no físico (ISA-NP). En este estudio se empleó la puntuación general.
- El PMWI-SF¹¹ es una medida de autoinforme de 14 ítems diseñada para medir la VP psicológica, que se responde en una escala tipo Likert de 5 grados. La puntuación total de la escala (14-70) se obtiene sumando las puntuaciones correspondientes a los 14 ítems. Está compuesta por dos subescalas denominadas *dominancia/aislamiento* y *abuso emocional/verbal*. En este estudio se empleó la puntuación total.
- El WAST¹³⁸ es un instrumento de 8 ítems diseñado para la detección de la VP en el ámbito de la AP. Se responde en una escala tipo Likert de 3 grados. La puntuación sigue un rango de 8 a 24.
- El PVS⁷⁷ es un instrumento de 3 preguntas de valoración dicotómica diseñado para la detección de la VP en el ámbito de urgencias. La puntuación se obtiene sumando los ítems positivos.

Las diferencias entre grupos se analizaron mediante la prueba Chi cuadrado para variables categóricas, y análisis de la varianza y t de Student para variables numéricas. La validación externa de los cuestionarios se llevó a cabo a partir de la estimación por intervalo del área bajo la curva ROC (ABC). Se estimaron los valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) tomando como referencia el valor de prevalencia de maltrato (17,8%) hallado en un estudio previo en centros de AP en nuestro país⁴³. Se realizó la comparación de las ABC para muestras correlacionadas³¹⁴. Se escogieron los puntos de corte mediante el criterio de maximización de la sensibilidad y especificidad. La concordancia entre los cuatro cuestionarios se analizó mediante el índice Kappa de Fleiss³¹⁵. Se analizó la concordancia dos a dos mediante el índice Kappa de Cohen³¹⁶.

3.1.1.3. Resultados

La muestra estuvo compuesta de 223 controles (mujeres no expuestas a VP) y 182 casos (mujeres expuestas a VP), de las cuáles 43 procedían de los centros de AP. Un total de 116 casos eran víctimas de VP psicológica, y 66 VP física y psicológica. Los casos procedentes de centros de especializados en VP mostraron una mayor frecuencia de separaciones o divorcios ($p < 0,01$), un mayor número de hijos ($p < 0,01$), y mayores puntuaciones en el ISA ($p = 0,01$),

PMWI-SF ($p < 0,01$), y WAST ($p < 0,01$), que los casos procedentes de centros de AP. Los casos como grupo estaban con más frecuencia separadas o divorciadas, tenían un mayor número de hijos, y peor nivel socioeconómico que las mujeres controles. Se observó un gradiente en las puntuaciones de los cuestionarios, de tal forma que las puntuaciones más bajas correspondían al grupo control, seguido del grupo con VP psicológica, y las puntuaciones más elevadas correspondían al grupo con VP física y psicológica.

Los valores de ABC de los cuatro cuestionarios fueron superiores a 0,90: ISA: 0,99, PMWI-SF: 0,98, WAST: 0,95, PVS: 0,91. En la comparación de las ABC no hubo diferencias entre la capacidad global del PMWI-SF y del ISA; ambos cuestionarios tuvieron una capacidad global superior al WAST, y los tres tuvieron una capacidad global superior al PVS. El índice Kappa de Fleiss entre los cuatro cuestionarios fue de $K = 0,82$, lo que corresponde a un acuerdo excelente³¹⁷. Se observaron unos índices Kappa superiores a 0,80 entre el ISA, el PMWI-SF y el WAST, mientras que el acuerdo entre éstos y el PVS fue ligeramente inferior, con valores de Kappa entre 0,70 y 0,80.

3.1.1.4. Conclusión

Todos los cuestionarios estudiados obtuvieron un buen funcionamiento global para la detección de la VP y una elevada concordancia entre ellos. La sensibilidad puede estar sobreestimada debido a la distinta procedencia de los casos.

3.1.2. Publicación en Medicina Clínica

Med Clin (Barc). 2011;137(9):390-397



Original

Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario

Lluïsa Garcia-Esteve^{a,b,*}, Anna Torres^a, Purificación Navarro^{a,c}, Carlos Ascaso^{b,d}, Maria Luisa Imaz^a, Zoe Herreras^e y Manuel Valdés^{a,b}

^a Servicio de Psiquiatría, Institut Clínic de Neurociències, Barcelona, España

^b Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, IDIBAPS, Barcelona, España

^c Servei d'Atenció Psicològica, Regidoria de Polítiques de Gènere de l'Ajuntament de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España

^d Departamento de Salud Pública, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

^e Consorci d'Atenció Primària de Salut de l'Eixample, CAPSE, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 16 de septiembre de 2010
Aceptado el 30 de noviembre de 2010
On-line el 14 de julio de 2011

Palabras clave:
Violencia de pareja
Validación
Valoración
Atención Primaria
Precisión diagnóstica

RESUMEN

Fundamento y objetivo: Estudio de la validación externa y comparación de la precisión diagnóstica y concordancia de cuatro instrumentos para la identificación de la violencia de pareja (VP) en el ámbito sanitario: *Index of Spouse Abuse (ISA)*, *Psychological Maltreatment of Women Inventory short form (PMWI-SF)*, *Woman Abuse Screening Tool (WAST)*, *Partner Violence Screen (PVS)*.
Sujetos y método: Estudio de casos y controles. La muestra se reclutó en centros de asistencia primaria y centros especializados en VP. Completaron los cuestionarios ISA, PMWI-SF, WAST y PVS un total de 223 mujeres sin maltrato (controles) y 182 con maltrato de pareja (casos). Se evaluó la precisión diagnóstica mediante la estimación por intervalo del área bajo la curva ROC, se compararon las áreas bajo la curva (ABC) y se realizó un análisis de la concordancia entre ellos.
Resultados: Los valores de ABC fueron: ISA 0,99 (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] 0,98-0,99), PMWI-SF 0,98 (IC 95% 0,97-0,99), WAST 0,95 (IC 95% 0,93-0,97), PVS 0,91 (IC 95% 0,87-0,94). La concordancia entre los cuatro cuestionarios fue excelente (Kappa de Fleiss = 0,82). Los valores del ABC del ISA y el PMWI-SF fueron significativamente mayores que el del WAST, y los tres obtuvieron un mejor funcionamiento que el PVS. El PVS fue el cuestionario que obtuvo menor concordancia con el resto.
Conclusiones: Todos los cuestionarios estudiados obtuvieron un buen funcionamiento global para la detección de la VP y una alta concordancia entre ellos. La sensibilidad puede estar sobrestimada debido a la distinta procedencia de los casos.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Validation and comparison of four instruments to detect partner violence in health-care setting

ABSTRACT

Background and objectives: To validate four instruments to detect domestic violence in health-care settings against external criteria -*Index of Spouse Abuse (ISA)*, *Psychological Maltreatment of Women Inventory short form (PMWI-SF)*, *Woman Abuse Screening Tool (WAST)*, *Partner Violence Screen (PVS)*- and to assess the concordance and compare the diagnostic accuracy.
Subjects and method: This was a case-control study. The study sample was recruited from primary care and domestic violence centers. The ISA, PMWI-SF, WAST and PVS were administered to 223 controls and 182 intimate partner violence cases. Received Operating Characteristic (ROC) curve analysis was carried out. Measures were compared in terms of ROC curves and overall agreement.
Results: The areas under the curve (AUC) were: ISA 0.99 (IC 95%, 0.98-0.99), PMWI-SF 0.98 (IC 95% 0.97-0.99), WAST 0.95 (IC 95% 0.93-0.97), PVS 0.91 (IC 95% 0.87-0.94). The overall agreement between the four tools was excellent (Fleiss Kappa = 0.82). The ISA and the PMWI-SF performed slightly better than WAST,

Keywords:
Partner violence
Validation
Assessment
Primary Care
Diagnostic accuracy

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: lesteve@clinic.ub.es (L. Garcia-Esteve).

and these three instruments performed better than PVS for detecting domestic violence. The PVS had lower concordance values with the other instruments.

Conclusions: The four instruments demonstrated adequate diagnostic accuracy and overall agreement to detect domestic violence. Some overestimation of sensitivity may occur due to different source of cases.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud, las asociaciones profesionales internacionales y los gobiernos de distintos países declaran en los últimos años que la violencia contra las mujeres es un serio problema de salud pública por su alta prevalencia y morbilidad¹. El maltrato o violencia de pareja (VP) es una de las formas más extendidas de violencia contra las mujeres. Se define como un patrón de conductas abusivas que se dan en una relación íntima y que incluyen el maltrato físico, sexual y psicológico para mantener el poder, el control y la autoridad del varón (pareja o ex pareja) sobre la mujer². Una de cada 6 mujeres ha sido víctima de malos tratos de pareja en algún momento de su vida³. En los países desarrollados las cifras se sitúan entre un 25-30%⁴. En España, entre un 12,4-9,6% de la población femenina ha sido sometida a maltrato por sus parejas en el último año, según tres macroencuestas realizadas con más de 20.000 mujeres en todo el territorio español^{5,6}. Las cifras de prevalencia aumentan entre la población femenina que acude a los centros de Atención Primaria (AP), situándose entre un 17 y un 35%^{4,7}. Un tercio de las consultas que realizan las mujeres a los servicios de Urgencias están relacionadas con las lesiones sufridas a causa del maltrato de pareja⁸.

La VP es la tercera causa de años perdidos de vida saludable, tras la diabetes y los problemas de parto⁹. Se asocia a altas tasas de tentativas autolíticas y de suicidio, a la presencia de enfermedades sistémicas, de alteraciones psíquicas, y a una mayor utilización de los servicios médicos y de urgencias¹⁰. Un 60% de las mujeres víctimas de maltrato presenta patología psíquica¹⁰. Se ha descrito la asociación de la VP con distintas patologías somáticas como el colon irritable, la fibromialgia, la hipertensión, las cefaleas, el dolor torácico, las lesiones traumáticas, las enfermedades ginecológicas, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual^{4,11}. La VP tiene también efectos permanentes sobre la salud de los hijos⁴, favorece el aislamiento social y la pérdida del empleo.

La identificación temprana de los malos tratos psicológicos, físicos y sexuales es crítica para la seguridad de la mujer y la de sus hijos, y es necesaria para el inicio de los procesos de intervención y de recuperación¹⁰. Las organizaciones médicas americanas recomiendan la identificación sistemática de la VP como parte del procedimiento de atención en los dispositivos de salud y como una práctica de buena praxis asistencial¹. En nuestro país, la Ley Orgánica 1/2004 de Protección Integral contra la Violencia de Género dictamina que las administraciones sanitarias promoverán actuaciones para la detección precoz de la violencia de género, desarrollarán programas de sensibilización y de formación continuada del personal sanitario con el fin de mejorar e impulsar el diagnóstico precoz, la asistencia y la rehabilitación¹².

En los últimos años se ha llevado a cabo el diseño de herramientas, cuestionarios y escalas para la detección de la VP en la comunidad y en el ámbito sanitario¹³. Entre los cuestionarios que han demostrado ser más válidos y fáciles de usar se han seleccionado el *Index of Spouse Abuse (ISA)*¹⁴, el *Women Abuse Screening Tool (WAST)*¹⁵, el *Partner Violence Screen (PVS)*¹⁶ y el *Psychological Maltreatment of Women Inventory-short version (PMWI-SF)*¹⁷. Se han escogido estos cuatro instrumentos por sus buenas propiedades demostradas y las características específicas

que se describen a continuación. El ISA ha sido empleado como patrón de oro para la validación de otros instrumentos de VP¹⁸ y permite medir la intensidad del maltrato, tanto físico como psicológico. Los otros instrumentos que también se han empleado como patrones de oro, como el *Conflict Tactics Scale (CTS)* o el *Composite Abuse Scale (CAS)*, tienen algunas limitaciones para nuestros objetivos¹⁸. El CTS no es una medida específicamente diseñada para medir la VP, sino que evalúa las conductas violentas como táctica de resolución de conflictos interpersonales¹⁸. El CAS precisa de más estudios de validación y propiedades psicométricas adicionales¹⁸. El PMWI-SF se eligió por haber sido empleado como patrón de oro para la validación del maltrato psicológico y disponer de una versión corta. Considerando que la forma de inicio del maltrato es psicológica, valoramos oportuno incluir un instrumento que midiera de forma específica este tipo de maltrato, más difícil de objetivar. El WAST es un instrumento con buenas propiedades diseñado específicamente para la detección de la VP en los dispositivos de AP⁴, que recoge, además de la física y la psicológica, la violencia sexual. Finalmente, el PVS, diseñado inicialmente para dispositivos de Urgencias, se ha considerado de valor en este estudio por su extrema brevedad, adecuadas propiedades y posibilidad de ser incluido en la anamnesis clínica. Nos proponemos realizar la validación externa de los cuatro instrumentos (ISA, PMWI-SF, WAST, PVS), estudiar su concordancia y comparar su precisión diagnóstica, con la finalidad de proporcionar herramientas validadas para la identificación de la VP en el ámbito sanitario español.

Material y método

Sujetos

Se trata de un estudio observacional de validación de cuestionarios de casos y controles en el que se pretende realizar la validación externa de las cuatro escalas (ISA, PMWI-SF, WAST, PVS) para la detección de VP. Las participantes fueron mujeres mayores de 18 años, reclutadas entre julio de 2005 y abril de 2007, que tuvieran o hubiesen tenido pareja en el último año. La muestra de casos (mujeres diagnosticadas de estar sometidas a VP en el último año) fue reclutada consecutivamente durante los meses de julio de 2005 a abril de 2007 (seleccionándose todos los nuevos casos que cumplieren los criterios de inclusión), procedente de un centro especializado en la atención a víctimas de VP, y los controles (mujeres con diagnóstico de no VP) fueron una muestra de conveniencia reclutada entre septiembre de 2005 y abril de 2007 procedente de centros de AP. Las mujeres que en los centros de AP fueron identificadas como víctimas de VP fueron reasignadas al grupo de casos. Todas las participantes firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio, que fue aprobado por el Comité Ético del Hospital Clínic de Barcelona.

Instrumentos

Prueba de referencia

Entrevista para el diagnóstico de VP⁵. Se tomó como referencia la entrevista diseñada para estimar la prevalencia de VP en tres estudios comunitarios españoles^{5,6}. Para el presente estudio se

añadieron preguntas para el diagnóstico del tipo de maltrato (físico y/o psicológico).

Cuestionarios de valoración de la violencia de pareja

ISA (30 ítems)^{14,18,19}. Medida de autoinforme diseñada para evaluar la magnitud de la violencia contra la mujer por parte de su pareja. La frecuencia de cada una de estas conductas se indica en una escala tipo Likert de 1 a 5, siendo 1 «nunca» y 5 «muy frecuentemente». Las puntuaciones se obtienen calibrando, sumando y estandarizando las preguntas correspondientes a la puntuación general y a cada una de las subescalas. Se concluye una puntuación general (0-100) y dos puntuaciones correspondientes a las subescalas de abuso físico (ISA-P) y de abuso no físico (ISA-NP). En nuestro país se dispone de dos validaciones, una realizada mediante un estudio transversal en centros de AP¹⁹, y otra realizada por nuestro equipo de investigación¹⁸, en el que se obtienen excelentes propiedades psicométricas. En este estudio se emplea la puntuación general.

PMWI-SF (14 ítems)¹⁷. Medida de autoinforme diseñada para evaluar el maltrato psicológico en la pareja. Se trata de la forma abreviada del instrumento original de 58 ítems. La frecuencia de cada una de estas conductas se indica en una escala tipo Likert de 1 a 5, siendo 1 «nunca» y 5 «muy frecuentemente». La puntuación total de la escala (14-70) se obtiene sumando las puntuaciones correspondientes a los 14 ítems. Está compuesta por dos subescalas denominadas «dominancia/aislamiento» y «abuso emocional/verbal». Nuestro equipo de investigación ha traducido y validado el PMWI-SF, obteniéndose excelentes propiedades psicométricas (manuscrito no publicado). En este estudio se emplea la puntuación total.

WAST (8 ítems)¹⁵. Instrumento diseñado para la identificación del maltrato de pareja en la asistencia primaria. La intensidad o frecuencia de cada una de las cuestiones se valora en una escala tipo Likert de 1 a 3. La puntuación total de la escala (8-24) se obtiene sumando las puntuaciones correspondientes a los 8 ítems. Fue traducido al castellano y validado en pacientes americanas de habla hispana, con buenas propiedades psicométricas²⁰. Existe una versión corta de dos preguntas que fue validada en población española²¹.

PVS (3 ítems)¹⁶. Instrumento diseñado para la detección del maltrato de pareja en los servicios de urgencias hospitalarias. Está compuesto por tres preguntas de valoración dicotómica (sí/no) sobre dos dimensiones: violencia física (una pregunta) y percepción de seguridad (dos preguntas). La puntuación (0-3) se obtiene sumando los ítems positivos. Se ha considerado en este estudio por su extrema brevedad (3 preguntas) y por sus demostradas propiedades psicométricas¹⁶. No constan estudios de validación en población española del PVS. Nuestro equipo de investigación ha traducido y retraducido al inglés el PVS obteniéndose la forma final que ofrecemos en la tabla 1.

Procedimiento

El protocolo siguió las recomendaciones sobre ética y seguridad en la investigación sobre VP de la Organización Mundial de la Salud²². Se invitó a las mujeres que acudieron a los centros durante este período a participar en el estudio, explicando sus objetivos, y se obtuvo el consentimiento informado. Se recogieron los datos sociodemográficos y se entregaron los cuestionarios a las participantes, que los cumplimentaron a solas y en el mismo día de la entrevista. Todas las participantes fueron posteriormente entrevistadas por dos psicólogas (PN, AT) entrenadas en VP y en la

Tabla 1
Versión española del *Partner Violence Screen (PVS)*

1.	Have you been hit, kicked, punched or otherwise physically hurt by someone in the past year? If so, by whom? ¿Durante el último año ha sido golpeada, recibido patadas o puñetazos, o ha recibido otro tipo de maltrato físico? Sí/No En caso afirmativo, ¿por parte de quién?
2.	Do you feel safe in your current relationship? ¿Se siente segura en su relación de pareja actual? Sí/No/No tengo pareja
3.	Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now? ¿Se siente amenazada por alguna de sus parejas anteriores? Sí/No

En negrita, la respuesta con valoración positiva en el cuestionario.

aplicación de la *Entrevista para el diagnóstico de maltrato de pareja*, quienes establecían la presencia y tipo de maltrato. En caso de duda diagnóstica se formuló un diagnóstico de maltrato/no maltrato mediante el procedimiento *Longitudinal Expert All Data (LEAD)*, evaluación longitudinal realizada por expertos que considera todos los datos disponibles, en la historia clínica, y todas las evaluaciones realizadas por profesionales de la salud y de trabajo social. Las psicólogas desconocían las respuestas a los cuestionarios de valoración de la VP.

Análisis estadístico

Las diferencias entre grupos en las variables sociodemográficas se analizaron mediante la prueba Chi al cuadrado. Las diferencias de medias de las puntuaciones entre los grupos se analizaron mediante análisis de la varianza con comparaciones post hoc de Bonferroni o T3 de Dunnett, y mediante t de Student.

La validación externa de los cuestionarios ISA, PMWI-SF, WAST y PVS se llevó a cabo a partir de la estimación por intervalo del área bajo la curva ROC (ABC). Las estimaciones de la sensibilidad y la especificidad se realizaron con un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Se estimaron los valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) tomando como referencia el valor de prevalencia de maltrato (17,8%) obtenido en centros de AP de Andalucía, Madrid y Valencia⁷. Se realizó la comparación de las ABC para muestras correlacionadas²³. Se escogieron los puntos de corte para la detección de maltrato mediante el criterio de maximización de la sensibilidad y la especificidad.

La concordancia entre los cuatro cuestionarios se analizó mediante el índice Kappa de Fleiss²⁴, que permite obtener un valor de concordancia para más de dos evaluadores o instrumentos. Se analizó también la concordancia con comparaciones dos a dos mediante el índice Kappa de Cohen. Los valores de K < 0,40 indican acuerdo pobre, 0,41 < K < 0,60 acuerdo moderado, 0,61 < K < 0,80 acuerdo substancial, y valores de K > 0,80 acuerdo excelente²⁵.

Los análisis se han realizado con los paquetes estadísticos SPSS v16, SAS v9.0 y R project v2.2.1. La significación estadística se ha establecido en p < 0,05.

Resultados

Descriptiva de la muestra

Se contactó con un total de 462 mujeres. De éstas, 9 no cumplían criterios de inclusión, y 48 no dieron el consentimiento, por lo que la muestra final estuvo compuesta por 405 mujeres (89,4%).

Se reclutó un total de 139 mujeres procedentes de los centros especializados de atención a víctimas de VP, y 266 procedentes de los centros de AP. Cuarenta y tres mujeres procedentes de los

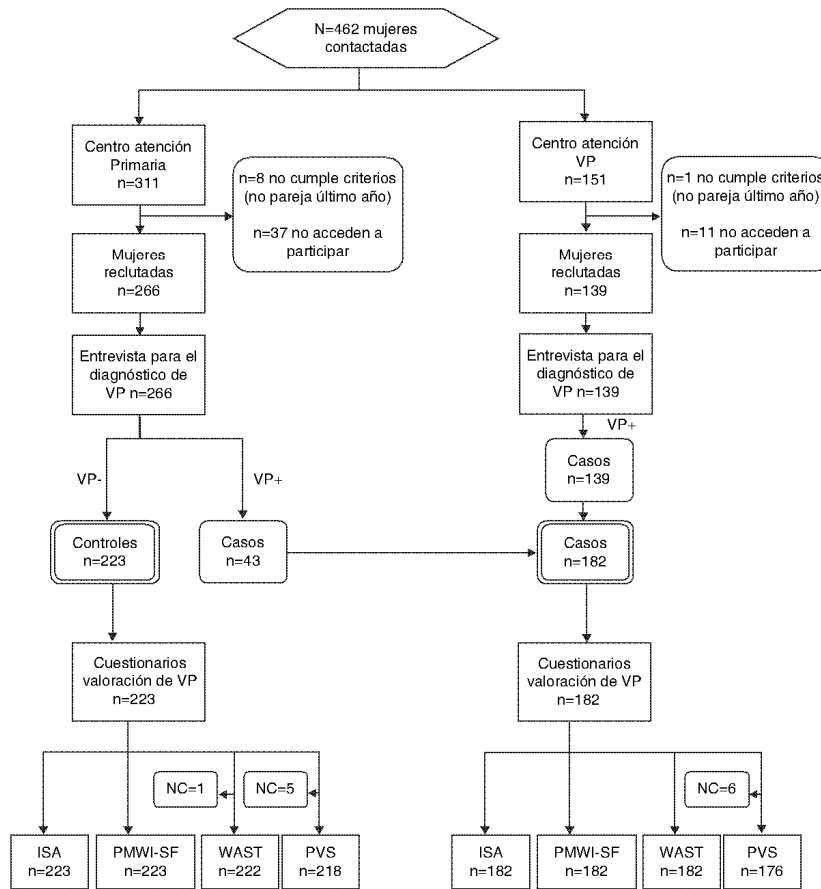


Figura 1. Diagrama de flujo del estudio. ISA: *Index of Spouse Abuse*; NC: no contesta; PMWI-SF: *Psychological Maltreatment of Women Inventory-short form*; PVS: *Partner Violence Screen*; VP: *violencia de pareja*; VP+: diagnóstico de *violencia de pareja*; VP-: diagnóstico de *no-violencia de pareja*; WAST: *Woman Abuse Screening Tool*.

centros de AP fueron identificadas como víctimas de VP, por lo que se reasignaron al grupo de casos. Finalmente, la muestra estuvo compuesta de 223 controles (mujeres con diagnóstico de ausencia de VP) y 182 casos (116 con diagnóstico de maltrato psicológico y 66 con diagnóstico de maltrato físico y psicológico) (fig. 1).

Los casos de los centros especializados en VP no se distinguieron de los casos procedentes de los centros de AP en la edad media ($t_{180} = -0,12$; $p = 0,90$), la nacionalidad ($\chi^2 = 0,05$; $p = 0,94$), nivel de estudios ($\chi^2 = 1,93$; $p = 0,38$), nivel de ingresos ($\chi^2 = 2,89$; $p = 0,23$) y situación laboral ($\chi^2 = 0,84$; $p = 0,84$); pero mostraron una mayor frecuencia de separaciones o divorcios ($\chi^2 = 9,76$; $p = 0,008$) y un mayor número de hijos ($\chi^2 = 11,67$; $p = 0,003$) que los casos procedentes de AP. La distribución de las puntuaciones de los cuestionarios de VP se muestra en las figuras 2 y 3, en las que se observa que los casos de los centros especializados en VP obtuvieron mayores puntuaciones que los casos procedentes de

centros de AP en el ISA ($t_{180} = 2,58$; $p = 0,01$), el PMWI-SF ($t_{180} = 2,70$; $p = 0,008$) y el WAST ($t_{180} = 2,98$; $p = 0,003$), pero no en el PVS ($t_{180} = 1,66$; $p = 0,09$) (figs. 2 y 3).

En la tabla 2 se muestran las características sociodemográficas de los casos y los controles. Las mujeres víctimas de VP estaban con más frecuencia separadas o divorciadas, tenían un mayor número de hijos, un menor nivel educativo, menos empleo y menos ingresos mensuales que las mujeres no maltratadas. Las puntuaciones en todos los cuestionarios fueron significativamente mayores en el grupo de casos en comparación con el grupo control (tabla 3). Se observa un gradiente en las puntuaciones de los cuestionarios, de tal forma que las más bajas son las correspondientes al grupo control, seguidas por las correspondientes al grupo con maltrato psicológico y las puntuaciones más altas corresponden al grupo de mujeres con maltrato físico (tabla 3).

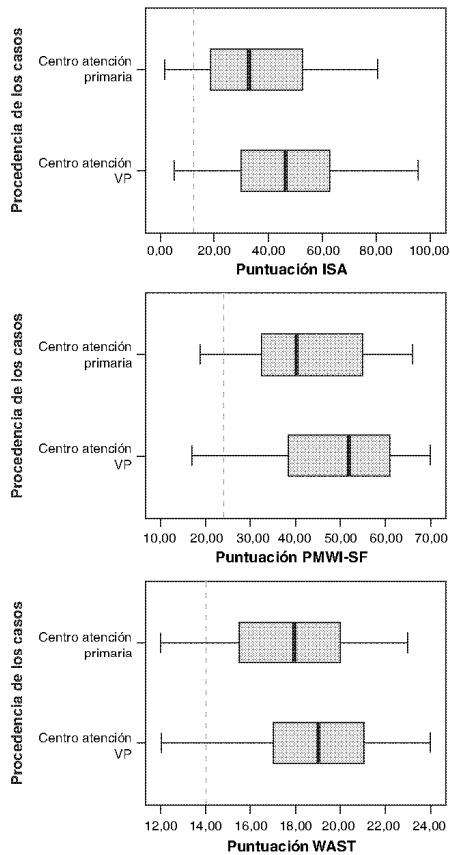


Figura 2. Distribución de las puntuaciones del Index of Spouse Abuse (ISA), Psychological Maltreatment of Women Inventory-short form (PMWI-SF) y Woman Abuse Screening Tool (WAST) en los casos según el centro de procedencia. La línea discontinua representa el punto de corte óptimo. VP: violencia de pareja.

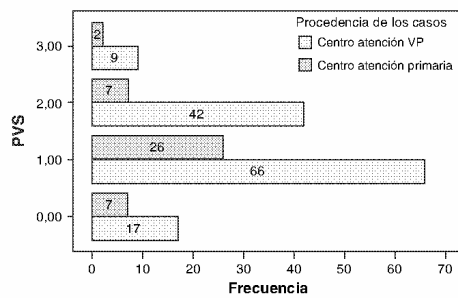


Figura 3. Distribución de las puntuaciones del Partner Violence Screen (PVS) en los casos según el centro de procedencia. VP: violencia de pareja.

Validación externa de los instrumentos ISA, PMWI-SF, WAST y PVS

La tabla 4 resume las ABC, los IC 95%, la sensibilidad, la especificidad, los VPP y VPN tomando como referencia los valores de prevalencia de VP obtenidos en centros de AP de Madrid, Andalucía y Valencia⁷, y las razones de verosimilitud positivas y negativas de cada uno de los instrumentos. Los valores de ABC de los cuatro instrumentos son superiores a 0,90, lo que indica una excelente validez para la detección de VP.

Comparación y concordancia de los instrumentos ISA, PMWI-SF, WAST y PVS

En la comparación de las ABC no hay diferencias entre la capacidad global del ISA y el PMWI-SF, pero tanto el ISA ($\chi^2 = 9,37$; $p = 0,002$) como el PMWI-SF ($\chi^2 = 7,57$; $p = 0,005$) tienen una capacidad global superior al WAST. Finalmente, la capacidad global del PVS es significativamente inferior que la del ISA ($\chi^2 = 34,72$; $p < 0,001$), la del PMWI-SF ($\chi^2 = 28,02$; $p < 0,001$) y la del WAST ($\chi^2 = 5,96$; $p = 0,01$).

El estudio de la concordancia diagnóstica entre los cuestionarios muestra que en 329 casos (83,5%) los cuatro obtienen el mismo resultado, que en 47 casos (11,9%) uno de los tres no concuerda con los otros, y que en 18 casos (4,6%) dos cuestionarios obtienen el mismo resultado, mientras que los otros dos obtienen el contrario. El índice de acuerdo global entre los cuatro cuestionarios es de $K = 0,82$ ($p < 0,001$), lo que corresponde a un acuerdo excelente²⁵. En la tabla 5 se resumen las concordancias de los cuestionarios mediante comparaciones dos a dos, con su IC 95%. Se observan unos índices Kappa superiores a 0,80 entre el ISA, el PMWI-SF y el WAST, mientras que el acuerdo entre éstos y el PVS es ligeramente inferior, con valores de Kappa entre 0,70 y 0,80.

Discusión

Este estudio concluye que los cuatro instrumentos seleccionados (ISA, PMWI-SF, WAST, PVS) resultan válidos para la detección del maltrato o violencia de pareja cuando se validan frente a un criterio diagnóstico externo. En comparación con los otros cuestionarios, el ISA y el PMWI-SF son los que presentan un mejor funcionamiento global y una mayor concordancia con el diagnóstico clínico. El gradiente de puntuaciones observado en el ISA, el PMWI-SF y el WAST indica que son adecuados para medir la intensidad del maltrato. Esto apoyaría la concepción del maltrato físico y psicológico como un continuo, más que como dimensiones independientes, obteniendo parcialmente evidencia a favor de la validez de constructo de estos cuestionarios.

La elección en este estudio de un diseño de casos y controles da lugar a algunas reflexiones sobre las limitaciones de los resultados. Los estudios de validación de cuestionarios pueden realizarse con un diseño de casos y controles, o con un diseño transversal. Se optó por diseñar un estudio de casos y controles en que los casos se reclutaran en centros especializados en VP, para asegurar que estuvieran correctamente diagnosticados, y a su vez evaluar la validez de criterio de los cuestionarios. Un diseño transversal, debido a la ausencia de un patrón de oro que identificara a las mujeres maltratadas (casos) entre la población que acude a un centro de AP, hubiera resultado más costoso. El hecho de que la mayoría de los casos proceda de centros especializados en VP hace pensar que los resultados no sean aplicables a las atendidas en los centros de AP. Las únicas diferencias sociodemográficas observadas entre ambas muestras de casos (los casos procedentes de centros VP y los casos procedentes de AP) hacen referencia al estado civil y al número de hijos, siendo asimilables en la nacionalidad, nivel socioeconómico, educativo y la situación laboral. Los casos procedentes de centros de VP puntúan con

Tabla 2
Variables sociodemográficas

Sociodemográficas	Controles sin VP (n = 223)		Casos con VP (n = 182)		Test Chi al cuadrado		
	n	%	n	%	χ^2	gl	p
Nacionalidad							
Española	201	90,1	156	85,7	1,87	1	0,17
Otra	22	9,9	26	14,3			
Nivel educativo							
Primaria	57	25,6	79	43,4	21,29	2	< 0,001
Secundaria	85	38,1	70	38,5			
Universitario	81	36,3	33	18,1			
Estrado civil							
Casada	161	72,2	48	26,7	116,6	3	< 0,001
Soltera	44	19,7	37	20,6			
Separada/divorciada	16	7,2	95	52,8			
Viuda	2	0,9	0	0			
Número de hijos							
Ninguno	66	29,6	23	12,6	20,51	2	< 0,001
Uno	77	34,5	61	33,5			
Dos o más	80	35,9	98	53,8			
Situación laboral							
Empleada	149	70,3	100	60,2	19,98	4	0,001
Desempleada	16	7,5	35	21,1			
Ama de casa	35	16,5	20	12			
Estudiante	4	1,9	0	0			
Jubilada	8	3,8	11	6,6			
Ingresos familiares mensuales							
< 1.300 eur	21	9,5	94	52,8	100,7	2	< 0,001
≈ 1.300 eur	94	42,4	41	23			
> 1.300 eur	146	66,1	43	24,2			
Edad (años)							
< 25	9	4	7	3,8	5,13	3	0,16
25-40	142	63,7	102	56			
41-59	64	28,7	58	31,9			
> 59	8	3,6	15	8,2			

gl: grados de libertad; VP: violencia de pareja.

Tabla 3
Media y desviación típica de las puntuaciones en los cuestionarios ISA, PMWI-SF, WAST y PVS según grupos (maltrato físico, psicológico y grupo control)

Cuestionarios VP	Controles sin VP (n = 223)		VP psicológico (n = 116)		VP físico y psicológico (n = 66)		ANOVA		
	Media	DT	Media	DT	Media	DT	F	gl	p
ISA	2,54 ^a	4,31	37,68 ^b	18,86	54,65 ^c	21,15	496,11	2,402	< 0,001
PMWI-SF	16,18 ^a	5,10	44,69 ^b	13,92	52,97 ^c	12,61	535,86	2,402	< 0,001
WAST	10,25 ^a	3,15	18,09 ^b	2,85	19,74 ^c	2,73	401,52	2,402	< 0,001
PVS	0,07 ^a	0,25	0,99 ^b	0,63	1,76 ^c	0,75	339,36	2,391	< 0,001

gl: grados de libertad; ISA: Index of Spouse Abuse; PMWI-SF: Psychological Maltreatment of Women Inventory-short form; PVS: Partner Violence Screen; VP: violencia de pareja; WAST: Woman Abuse Screening Tool.

^a p < 0,001 en las comparaciones post hoc.

mayor intensidad en los cuestionarios de VP, confirmándose que se trata de mujeres con una historia de maltrato de mayor gravedad; sin embargo, la mayoría de los casos, con independencia de la procedencia, sobrepasan el punto de corte óptimo de los cuestionarios. Este sesgo de selección puede afectar a los valores de la sensibilidad y la especificidad calculados, tendiendo a sobreestimar la sensibilidad. Estos resultados deberían replicarse en muestras representativas de las mujeres atendidas en AP e incluir la aceptación de los instrumentos por parte de las mujeres, aunque el informe de evaluación de la tecnología de la NICE informa que los cuestionarios de valoración de la VP son bien aceptados en general⁴.

A pesar de que todos los cuestionarios serían válidos para la valoración de la VP, su uso como herramientas de detección en el

ámbito sanitario requiere que además de válidos sean comprensibles, cortos, seguros y precisos⁴.

El ISA ha sido ampliamente utilizado en estudios de investigación y empleado como estándar de oro para validar otros instrumentos¹⁸. Pero su uso en la clínica tiene alguna limitación, como son la longitud -30 ítems- y la dificultad de corrección manual, ya que requiere de un programa informático¹⁸. Su uso es recomendable para estudios epidemiológicos o para la cuantificación objetiva del maltrato en ámbitos legales y clínicos que no requieran un diagnóstico inmediato de la situación de pareja.

El PMWI-SF es el único que ha sido diseñado específicamente para la detección del maltrato psicológico y no contiene ninguna pregunta sobre violencia física ni sexual. Tanto el funcionamiento global como la capacidad de clasificación diagnóstica resultan

Tabla 4
Áreas bajo la curva ROC y puntos de corte de los cuestionarios ISA, PMWI-SF, WAST y PVS para la detección del maltrato

	ABC	IC 95%	Punto de corte	Sensibilidad (IC 95%)	Especificidad (IC 95%)	VPP	VPN	RV+ (IC 95%)	RV- (IC 95%)
ISA	0,990	0,983-0,996	12	95,1 (91,6-98,5)	94,8 (91,6-98,0)	79,9	98,9	18,4 (10,3-32,7)	0,05 (0,03-0,10)
PMWI-SF	0,987	0,978-0,996	24	96,2 (92,3-98,1)	95,5 (91,9-97,5)	82,3	99,1	21,5 (11,7-39,4)	0,04 (0,02-0,08)
WAST	0,954	0,930-0,977	14	94,5 (90,2-96,9)	90,5 (85,9-93,7)	68,4	98,7	9,9 (5,6-15,0)	0,06 (0,03-0,11)
PVS	0,909	0,876-0,942	1	86,4 (80,5-90,6)	93,1 (88,9-95,8)	73,1	96,9	12,5 (7,7-20,5)	0,15 (0,10-0,22)

ABC: área bajo la curva ROC; IC 95%: intervalo de confianza del 95%; ISA: *Index of Spouse Abuse*; PMWI-SF: *Psychological Maltreatment of Women Inventory-short form*; PVS: *Partner Violence Screen*; RV+: razón de verosimilitud positiva; RV-: razón de verosimilitud negativa; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo; WAST: *Woman Abuse Screening Tool*.

Tabla 5
Estudio de la concordancia entre los cuatro cuestionarios para la detección de maltrato

	ISA > 12	PMWI-SF > 24	WAST > 14	PVS > 1
PMWI-SF > 24	0,89* (0,85-0,94)			
WAST > 14	0,84* (0,79-0,89)	0,88* (0,71-0,84)		
PVS > 1	0,78* (0,72-0,85)	0,77* (0,71-0,84)	0,73* (0,66-0,80)	
Diagnóstico clínico de maltrato	0,90* (0,86-0,94)	0,91* (0,87-0,95)	0,85* (0,79-0,89)	0,79* (0,74-0,85)

ISA: *Index of Spouse Abuse*; PMWI-SF: *Psychological Maltreatment of Women Inventory-short form*; PVS: *Partner Violence Screen*; VP: violencia de pareja; WAST: *Woman Abuse Screening Tool*.

* Valor Kappa Cohen con intervalo de confianza del 95%. Todos los valores son significativos a p < 0,001.

próximos a 1 y equivalentes al ISA. El contenido hace referencia a comportamientos concretos abusivos, que en el estudio original diferenciaron el maltrato de las situaciones conflictivas de pareja¹⁷. Sería necesario confirmar la capacidad del instrumento para discriminar el maltrato de pareja de la mala relación, que es una de las dificultades diagnósticas más frecuentes. Estos hallazgos lo hacen especialmente recomendable para la detección de las situaciones de maltrato de pareja poco evidentes, sutiles y aún por identificar. Nuestros resultados apoyan su uso como estándar de oro para la identificación del maltrato psicológico.

El WAST ha sido uno de los mejores situados en la revisión de 12 instrumentos de la guía inglesa para la detección de VP, y se recomienda su uso en contextos no específicos de maltrato, como centros de AP, salas de hospitalización y consultas de atención perinatal⁴. Es corto, contiene una pregunta sobre la violencia sexual, es de fácil corrección, y ha demostrado tener buena consistencia interna en otros estudios^{15,20}.

El PVS muestra resultados que avalan su validez a pesar de ser el instrumento más breve y directo con sólo tres preguntas. Nuestros resultados mejoran los obtenidos en los estudios previos^{4,16,26}, con una especificidad mayor que la sensibilidad, ambas superiores a 0,80. La exactitud diagnóstica del PVS ha variado notablemente de un estudio a otro, aunque en la mayoría de estudios los valores son aceptables^{4,16,26}. Las recomendaciones de uso para el PVS merecen algún comentario desde la perspectiva de su cumplimiento; un 2,7% de las mujeres que cumplimentaron los otros cuestionarios no contestaron a las 3 preguntas del PVS. Esto ha sido observado también en otros estudios²⁶ y podría ser debido a la formulación directa de las preguntas (tabla 1). Puede administrarse tanto de forma autoaplicada como heteroaplicada por un profesional en el contexto de una entrevista clínica.

Existen dudas sobre el valor de la detección universal de la VP en los centros de AP basándose en la poca evidencia disponible sobre las consecuencias de la detección, y en la escasa existencia hasta el momento de estudios que hayan demostrado efectividad de las intervenciones^{13,27}. La detección de la VP sin una intervención posterior no ha demostrado tener un efecto preventivo²⁸. Sin embargo, la detección resulta coste-efectiva^{4,29} cuando incluye un plan de formación al personal sanitario, el uso de instrumentos de detección validados y la posterior derivación a recursos psicosociales y jurídico-legales especializados.

Financiación

El estudio ha recibido financiación de la Agència d'Informació i Qualitat en Salut (AIAQS) (022/20/2004), agencia pública del Departament de Salut, adscrito al Servei Català de la Salut de la Generalitat de Catalunya. Esta institución no ha intervenido en el diseño, recolección, análisis e interpretación de los datos, en la elaboración del manuscrito ni en la decisión de enviarlo para ser publicado.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Los autores agradecen su colaboración a todas las mujeres que participaron en el estudio. A Fabiola Gil, Mar Morollón, Núria Sensat, María Jesús Tarragona por facilitar el reclutamiento de la muestra. A la Comisión de Violencia Intrafamiliar y de Género del Hospital Clínic de Barcelona por su labor de investigación, formación y sensibilización en violencia de género.

Bibliografía

1. American Medical Association. Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. Arch Fam Med. 1992;1:39-47.
2. Walker LE. Psychology and domestic violence around the world. Am Psychol. 1999;54:21-9.
3. Organización Mundial de la Salud. Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica. Suiza: OMS; 2005.
4. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R, et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme?. Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. Health Technol Assess. 2009;13:iii-347.
5. Instituto de la Mujer. La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1999.
6. Instituto de la Mujer. Estadísticas. Mujeres en cifras. Violencia. Macroencuesta «violencia contra las mujeres». Madrid: Instituto de la Mujer; 2005 [consultado 10 Jun 2010]. Disponible en: <http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/tablas/W595.XLS>.
7. Ruiz-Pérez J, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI, et al. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. Gac Sanit. 2006; 20:202-8.

8. McLeer SV, Anwar RAH. The role of the emergency physician in the prevention of domestic violence. *Ann Emerg Med.* 1987;16:1155-61.
9. Lorente M. *El rompecabezas*. Madrid: Ares y Mares; 2004.
10. García-Esteve LI, Torres A, Imaz ML. Abordaje diagnóstico de los trastornos mentales asociados al maltrato. *FMC.* 2010;17:449-549.
11. Plazaola-Castano J, Ruiz-Pérez I. Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Med Clin (Barc).* 2004;122:461-7.
12. *Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. Boletín General de las Cortes Generales. 2004;21760:195-232.
13. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med.* 2009;36:439-45.
14. Hudson WW, McIntosh SR. The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions. *J Marriage Fam.* 1981;43:873-88.
15. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med.* 1996;28:422-8.
16. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton JM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA.* 1997;277:1357-61.
17. Tolman RM. The validation of the Psychological Maltreatment of Women Inventory. *Violence Vict.* 1999;14:25-37.
18. Torres A, Navarro P, García-Esteve LI, Tarragona MJ, Ascaso C, Herrerías Z, et al. Detecting domestic violence: Spanish external validation of the Index of Spouse Abuse. *J Fam Viol.* 2010;25:275-86.
19. Plazaola-Castano J, Ruiz-Pérez I, Escribá-Aguir V, Jiménez-Martín JM, Hernández-Torres E. Validation of the Spanish Version of the Index of Spouse Abuse. *J Womens Health.* 2009;18:499-506.
20. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *J Am Board Fam Pract.* 2002;15:101-11.
21. Plazaola-Castano J, Ruiz-Pérez I, Hernández-Torres E. Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gac Sanit.* 2008;22:415-20.
22. World Health Organization. *Putting women's safety first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Global Programme on Evidence for Health Policy; 2001.
23. DeLong ER, DeLong DM, Clarke-Pearson DL. Comparing the areas under two or more correlated receiver operating characteristic curves: a non parametric approach. *Biometrics.* 1988;44:837-45.
24. Fleiss JL. Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychol Bull.* 1971;76:378-82.
25. Landis J, Koch G. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33:159-74.
26. MacMillan HL, Wathen C, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A, et al. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA.* 2006;296:530-6.
27. Vives-Cases C, Gil-González D, Carrasco-Portiño M, Álvarez-Dardet C. Detección temprana de la violencia del compañero íntimo en el sector sanitario. ¿Una intervención basada en la evidencia? *Med Clin (Barc).* 2006;126:101-4.
28. MacMillan HL, Wathen C, Jamieson E, Boyle M, Shannon HS, Ford-Gilboe M, et al. Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA.* 2009;302:493-501.
29. Norman R, Spencer A, Eldridge S, Feder G. Cost-effectiveness of a programme to detect and provide better care for female victims of intimate partner violence. *J Health Serv Res Policy.* 2010;15:143-9.

3.2. Artículo 2. Detecting domestic violence: Spanish external validation of the Index of Spouse Abuse

3.2.1. Resumen

3.2.1.1. Objetivos

- a) Realizar la ponderación de los ítems de la versión española del *Index of Spouse Abuse* (ISA; Hudson y cols., 1981)¹²³ en una muestra de mujeres estudiantes. La ponderación de los ítems es necesaria para obtener las puntuaciones del ISA.
- b) Analizar sus propiedades psicométricas (fiabilidad y estructura factorial) en una muestra de mujeres expuestas y no expuestas a VP y validar el cuestionario frente a un criterio externo de VP.

3.2.1.2. Método

- a) La muestra de ponderación se compuso de 310 estudiantes universitarias. Se solicitó a las estudiantes que puntuaran los ítems de 0 a 100 conforme a la gravedad de la forma de VP que reflejaba el ítem. Las participantes podían repetir las puntuaciones de gravedad. Para obtener la calibración de los ítems se empleó la ley de juicios comparativos de Thurstone³¹⁸, tal y como emplearon los autores originales¹²³. Se emplearon las puntuaciones para generar todos los pares de comparaciones, obteniéndose los pesos ponderales mediante los procedimientos descritos por Nunnally³¹⁸.
- b) Se diseñó un estudio de validación de 182 casos (mujeres expuestas a VP) y 223 controles (mujeres no expuestas a VP). Los casos procedían de un centro especializado en VP mientras que los controles procedían de centros de AP. Las mujeres que en los centros de AP fueron identificadas como víctimas de VP fueron reasignadas al grupo de casos. El ISA¹²³ es una medida de autoinforme de 30 ítems diseñada para medir la intensidad de la VP, que se responde en una escala tipo Likert de 5 grados. Las puntuaciones se obtienen calibrando, sumando y estandarizando las preguntas correspondientes a la puntuación general y a cada una

de las subescalas. Se concluye una puntuación general (0-100) y dos puntuaciones correspondientes a las subescalas de abuso físico (ISA-P) y de abuso no físico (ISA-NP). La prueba de referencia para el diagnóstico de VP fue la *entrevista diagnóstica para el diagnóstico del maltrato de pareja* del Instituto de la Mujer³⁸. En caso de duda diagnóstica se formuló un diagnóstico de VP o no VP mediante el procedimiento Longitudinal Expert All Data (LEAD)³¹³. Se realizó análisis factorial confirmatorio para confirmar la estructura factorial del estudio original¹²³. Como indicadores de bondad de ajuste se emplearon el Comparative Fit Index (CFI), el Incremental Fit Index (IFI) y el Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA). Posteriormente se realizó análisis factorial exploratorio con rotación oblicua *oblimin* para obtener la estructura factorial del ISA. Se obtuvieron las puntuaciones total y de cada uno de los factores siguiendo los métodos descritos por Hudson y McIntosh¹²³ empleando los valores ponderales obtenidos en el estudio de calibración. Se realizó la validación del ISA frente a dos criterios externos de VP: a) VP; b) VP física. Se estimaron los valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN) tomando como referencia el valor de prevalencia de maltrato (17,8%) hallado en un estudio previo en centros de AP en nuestro país⁴³.

3.2.1.3. Resultados

- c) Se obtuvieron los pesos factoriales (Tabla 1 de la publicación, pág. 278). El orden de gravedad fue similar al estudio original con dos excepciones: ítem 5 se consideró más grave en nuestra muestra, e ítem 24 se consideró menos grave en nuestra muestra.
- d) El modelo factorial de Hudson y McIntosh no mostró un buen ajuste a nuestros datos ($\chi^2 = 2905,53$; $\chi^2 / gl = 7,19$; CFI = 0,80; IFI = 0,80; RMSEA = 0,12). Se realizaron análisis factoriales exploratorios tanto a la muestra total (N = 405), como a la muestra de víctimas de VP (N = 182). Se seleccionó un modelo bifactorial por interpretabilidad, estructura simple y replicabilidad entre ambas muestras: ISA-NP (abuso no físico): 1, 2, 4-6, 8-12, 14-16, 18-22, 25-29; ISA-P (abuso físico): 3, 7, 13, 17, 23, 24 y 30. Los coeficientes alpha de Cronbach fueron: 0,98 para ISA total, 0,98 para ISA-NP, 0,88 para ISA-P. Los coeficientes alpha de Cronbach para la muestra de víctimas de VP oscilaron entre 0,83 y 0,94. Ambas escalas mostraron una elevada correlación ($r = 0,74$; $p < 0,001$). El área bajo la curva ROC de la escala total del ISA fue de 0,99 (IC 95%: 0,98-0,99); el punto de corte óptimo fue 12, con una sensibilidad del 95,1% y una especificidad del 94,8%. El área bajo la curva

ROC de la subescala ISA-NP fue de 0,98 (IC 95%: 0,98-0,99); el punto de corte óptimo fue 14, con una sensibilidad del 94,5% y una especificidad del 93,3%. El área bajo la curva ROC de la subescala ISA-P fue de 0,90 (IC 95%: 0,86-0,93); el punto de corte óptimo fue 7, con una sensibilidad del 92,2% y una especificidad del 78,0%.

3.2.1.4. Conclusión

La versión española del ISA mostró buenas propiedades psicométricas tanto en la muestra total como en la submuestras de víctimas de VP. La estructura factorial se compuso de dos factores: ISA-P e ISA-NP, con una adscripción diferente de los ítems respecto al estudio original. El punto de corte para puntuación total que maximizó la sensibilidad y la especificidad fue 12.

3.2.2. Publicación en Journal of Family Violence

J Fam Viol (2010) 25:275–286
 DOI 10.1007/s10896-009-9290-z

ORIGINAL ARTICLE

Detecting Domestic Violence: Spanish External Validation of the Index of Spouse Abuse

Anna Torres · Purificación Navarro · Lluïsa García-Esteve · María Jesús Tarragona · Carlos Ascaso · Zoe Herreras · Estel Gelabert · Maria Luisa Imaz · Alba Roca · Susana Subirà · Rocío Martín-Santos

Published online: 10 November 2009
 © Springer Science + Business Media, LLC 2009

Abstract The aims of the study were to assess the psychometric properties of the Spanish version of the Index of Spouse Abuse (ISA), and to validate it against external criteria of intimate partner violence. The Spanish version of the ISA was administered to 223 non-abused women and 182 victims of intimate partner violence. Internal consistency coefficients oscillated between 0.88 and 0.98. The Confirmatory Factor Analysis failed to replicate the original two-factor structure. Using Exploratory Factor Analysis, a two-factor solution was found: physical (ISA-P) and non-physical (ISA-NP), but the items included in each factor were slightly different from the original two subscales. Receiver operating characteristic curve analysis revealed an AUC value for the ISA global score of 0.99 (95% CI: 0.98–0.99), with the optimal cut-off of 12 for detecting intimate partner violence. The Spanish version of the ISA is a valid

instrument for detecting intimate partner violence in a female population.

Keywords Domestic violence · Intimate partner violence · Index of spouse abuse · Validation · Spanish

Intimate partner violence (IPV) is a pattern of abusive behaviors that includes a wide range of physical, sexual, and psychological maltreatment (American Psychological Association 1996). This definition includes maltreatment used by someone against another in an intimate relationship to gain power unfairly or maintain that person's misuse of power, control and authority (Walker 1999). Around the world, approximately one third of women have been battered or abused (World Health Organization 2002). In Spain, the prevalence of IPV has decreased with respect to

A. Torres · P. Navarro · L. García-Esteve · M. L. Imaz · A. Roca
 Unit of Perinatal Psychiatry and Gender Research,
 Psychiatry Department, Neuroscience Clinic Institute,
 Hospital Clinic Universitari,
 Barcelona, Spain

M. J. Tarragona
 Servei de Promoció de la Dona "Casa Galèria",
 Terrassa, Spain

C. Ascaso
 Department of Public Health, University of Barcelona,
 Barcelona, Spain

C. Ascaso
 Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer
 (IDIBAPS),
 Barcelona, Spain

Z. Herreras
 Primary Care Center "Esquerra de l'Eixample" (CAPSE),
 Barcelona, Spain

E. Gelabert · S. Subirà
 Department of Clinical and Health Psychology,
 University Autònoma of Barcelona,
 Bellaterra, Spain

R. Martín-Santos
 Psychiatry Department, Neuroscience Clinic Institute,
 Hospital Clinic Universitari, IDIBAPS, CIBERSAM,
 Barcelona, Spain

A. Torres (✉)
 Unitat de Psiquiatria Perinatal i de Recerca de Gènere (UPPRG),
 Hospital Maternitat,
 C/ Sabino de Arana 1,
 E-08028 Barcelona, Spain
 e-mail: annatorresgim@yahoo.es

previous years, being estimated at about 3.6%. Moreover, there was another 6% that did not perceive themselves as victims of IPV, despite the fact that they were technically maltreated according to IPV indicators (Women's Institute 2006). IPV is a chronic condition with serious adverse effects to health and potentially life-threatening consequences (Campbell 2002). IPV has been consistently associated with poorer physical health (Taft et al. 2007). The prevalence of psychiatric disorders in battered women is around 60% (Lorente 2001). The most prevalent among these are depressive disorders, post-traumatic stress disorder, anxiety disorders, eating disorders, substance abuse behavior and suicide attempts (Campbell 2002, 1989; Coker et al. 2002; Echeburúa and Corral 2002), as well as personality disorder symptoms (Pico-Alfonso et al. 2008).

The majority of studies have been developed for women suffering from physical abuse because it is more easily verifiable (Butterworth 2004; Leserman et al. 1997; Tang 1998). Nevertheless, less evident forms of IPV, such as psychological abuse are more frequent and it is suggested that psychological abuse has longer-term effects on mental health and women's psychological functioning (Pico-Alfonso 2005). Some studies found that psychological abuse has a unique and sometimes even greater impact on depression and PTSD than physical abuse (Campbell and Lewandowski 1997; Coker et al. 2000; O'Leary 1999; Street and Arias 2001; Weaver and Etzel 2003), although contradictory results were found due to methodological flaws (Follingstad 2009). Moreover, subjective reports by victims of IPV also suggest that women perceive psychological abuse as having a greater adverse effect than physical abuse (O'Leary 1999). The use of diagnostic instruments with demonstrated reliability and construct validity would facilitate the detection of women affected by IPV, as well as the comparability between studies.

Although several screening tools have been developed for the detection of IPV, there are only a few instruments validated in the Spanish population (Plazaola Castaño et al. 2006). Some widely used and well-validated instruments developed for English-speaking women are the Conflict Tactics Scale (CTS; Straus 1979), the Abuse Risk Inventory (ARI; Yegidis 1989), the Composite Abuse Scale (CAS; Hegarty et al. 1999), or the Index of Spouse Abuse (ISA; Hudson and McIntosh 1981). However, some limitations exist regarding the use of these instruments. The CTS has been criticized for including only a limited range of psychological abuse (verbal aggression), as well as for considering violence as a part of the conflict-resolution tactic (Straus 2007). The CTS was not specifically designed for measuring intimate partner violence. CTS does not include questions that elicit information about the intensity, context, consequences or intention of the action. Consequently, quantitative studies using CTS could be affected

by measurement error (Hegarty et al. 1999). Even though the Revised Conflict Tactics Scale (CTS2; Straus et al. 1996) attempted to address the above limitations, it still encompassed limited situations of psychological abuse (Hegarty et al. 1999). Even though the ARI scale attempts to measure the full range of forms of abuse, it has been validated only on small samples (Yegidis 1989). The CAS includes a wide range of items about emotional, physical and sexual abuse, but additional psychometric properties and validation in clinical samples are needed (Hegarty et al. 1999). Other instruments, such as the Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI; Tolman 1989), the Index of Psychological Abuse (IPA; Sullivan and Bybee 1999) or the Profile of Psychological Abuse (PPA; Sackett and Saunders 1999) were designed only for detecting and measuring psychological abuse and therefore are limited in application as a broad measure of IPV.

In contrast, the Index of Spouse Abuse (ISA) is an instrument designed to measure different types of spouse abuse: physical and non-physical abuse, including the degree or intensity of each abuse (Hudson and McIntosh 1981). The ISA is an instrument widely used in a variety of settings, such as incarcerated women (Eliason 2005), primary care (Coker et al. 2000, 2004), hospital emergency rooms (Feldhaus et al. 1997), perinatal clinics (Campbell et al. 1999), and support groups (Tutty et al. 1993). The ISA has been used as a "gold standard" in the validation of other IPV screening tools (Ernst et al. 2004). Each of the ISA items represents some form of behavior or partner interaction that is considered to be abusive, and each of the items represents different degrees of abuse severity (Hudson and McIntosh 1981). The physical abuse subscale (11 items) includes items about physically abusive behaviors, one item about sexually abusive behavior, as well as items about threats of physical violence (Cook et al. 2003). Some examples are item 13 "My partner threatens me with a weapon" and item 30 "My partner acts like he would like to kill me." Non-physical abuse subscale (19 items) includes items about different forms of psychological abuse, such as verbal abuse and domination, isolation and controlling behavior (Cook et al. 2003). Some examples are item 20 "My partner does not want me to socialize with my female friends" and item 11 "My partner insults or shames me in front of others." In order to accurately assess the severity of the abuse the original authors took into account the different degree of abuse measured by each item developing different item weights (Hudson and McIntosh 1981). The authors postulated that if the items were given equal weights, the scores may partially fail to reflect the fact that some women were more severely abused than others (Hudson and McIntosh 1981). Therefore, from the calibration study, item 17 "My partner beats me so badly that I must seek medical help" was considered as the most serious

form of spouse abuse, with an item weight of 98, whereas item 1 “My partner belittles me”, with an item weight of 1, was considered the mildest form of spouse abuse.

Hudson and McIntosh’s (1981) study designed and validated the ISA using three separate samples. The first sample, in which the factor analysis was conducted, consisted of 398 graduate and undergraduate female students from the University of Hawaii, whose mean age was 22.8 years, and only 16.6% were married. The second sample, used for developing the item weights, consisted of 188 graduate and undergraduate students from the University of Hawaii. In the last sample, used to establish the reliability and clinical cutoffs of the ISA, 107 women recruited from social agencies and protective shelters were assessed by experienced therapists as being victims of IPV. Sixty-four of the women were classified as IPV victims and 43 were classified as being free of IPV. The mean age was 29.9 years; 54% were married and 43.7% had one or two children. Reliability coefficients were reported separately for the second and third samples, but factor analysis was performed only on the student sample. Subsequent validation studies of the ISA have pointed out the need to adapt the ISA to specific populations, reporting different psychometric properties and factorial structure (Campbell et al. 1994; Cook et al. 2003; Eliason 2005).

There is a previous Spanish validation of this scale that reported partial information about its psychometric properties and cut-off scores (Plazaola Castaño et al. 2006). This was a cross-sectional study with a sample of 390 women recruited from a primary care setting. Cut-off scores were calculated by means of cluster analyses due to the absence of external criterion of IPV. Consequently, the sensitivity and specificity of proposed cut-offs remained unknown. Furthermore, ISA psychometric properties in battered women are unknown due to the limited cases of IPV victims included in this study. To our knowledge, no studies with a Spanish population have validated the ISA against external criteria of IPV.

The main objectives of the present study were to: 1) obtain the item weights of the Spanish version of the ISA in a sample of female students (calibration study), and 2) examine the psychometric properties and to validate the Spanish ISA in a sample of victims of IPV and non-abused control women (validation study).

Objective 1 Calibration Study

For the first objective (calibration study), a sample of undergraduate students rated the severity of each item in order to develop the Spanish item weights. The item weights were necessary for the scoring process of the ISA. Hudson and McIntosh (1981) computed the ISA scores by multiplying the item frequency by the item weight. Next, the weight-by-frequency scores were

summed and finally converted to scores from 0 to 100 (Hudson and McIntosh 1981; Eqs. 1 to 5).

Method

Participants

The calibration sample consisted of 310 undergraduate female students from the Faculty of Psychology at a public university. Students were recruited during the months of May, June and October of 2006. All subjects gave informed consent to participate in the study. Mean (SD) age was 21.6 (2.4) (range: 19–39). 5.1% were not Spanish. A total of 64.4% had a partner relationship.

Procedure

Each of the participants was asked to rate each of the ISA items in terms of the seriousness of the abuse by means of a score from 1 to 100. Researchers had predetermined the least serious form of spouse abuse (item 1: “My partner belittles me”). Two or more items perceived as equivalent in grade of severity could be rated with the same score. In order to compute the item weights, the scaling procedure was based on the Thurstone’s law of comparative judgments, according to the procedure used by Hudson and McIntosh (1981). The ratings were used to generate all possible paired comparisons, which were converted into scale weights according to the procedures described by Nunnally (1978). To obtain scale values, the frequencies with which item *i* was judged as more severe than item *j* were placed in a frequency (F)-matrix, after which the proportion (P)-matrix was obtained by computing the proportion corresponding to the frequencies in the F-matrix. Subsequently, the standardized *z*-values related to the proportions were determined to produce a Z-matrix. The *z_{ij}*-values in each column were summed and placed in order of succession, after which the mean *z*-values were calculated and regarded as the scale value. A constant was added to the scale values to obtain positive values. Final values were transformed to have a range from 1 to 100.

Results

Table 1 shows final scale weights for the ISA items obtained in the Spanish sample as well as in the original calibration sample. In our sample, most of the items obtained higher weights than those of the original study. Rank order was in general similar, with the exception of item 5, considered largely more serious in the Spanish sample, and item 24, considered more serious in the original calibration sample.

Table 1 Scale weights for the ISA items studied in a sample of 310 undergraduate female university students

Item	Weight		Rank order	
	Spain (N=310)	USA	Spain (N=310)	USA
1	2	1	1	1
2	35	17	5	10
3	32	15	3	8
4	73	50	21	22
5	53	4	12	2
6	38	8	6	3
7	91	75	26	26
8	54	26	13	15
9	49	8	9	3
10	57	20	15	12
11	72	41	20	20
12	42	15	7	8
13	100	82	30	29
14	33	12	4	5
15	55	20	14	12
16	49	14	9	7
17	96	98	29	30
18	60	21	16	14
19	25	13	2	6
20	44	18	8	11
21	81	52	24	23
22	79	38	23	18
23	95	80	28	27
24	70	65	18	25
25	51	29	11	16
26	60	39	16	19
27	77	44	22	21
28	81	55	24	24
29	71	29	19	16
30	92	80	27	27

Discussion

The main goal of study 1 was to obtain the Spanish item weights of the ISA, which are taken into account in the scoring procedure (Appendix B). The use of undergraduate university students for the assessment of severity of the abuse could be debated due to the generalizability of the results. In particular, socio-demographic characteristics differ from the IPV victims described in study 2. Future calibration studies may consider the use of IPV victims to calibrate the items. In comparison with the US weights, the Hudson and McIntosh’s (1981) calibration sample was also composed by university students, so the item weights were comparable and the differences between them could be

more attributable to cultural and historic factors than to socio-economic and educational factors. Item 5 (“My partner becomes very upset if dinner, housework or laundry is not done when he thinks it should be”) is considered more serious in the Spanish calibration sample in comparison with the American sample. Historical differences in gender roles ideology could partially be associated with this discrepancy. Moreover, recent Spanish legislation about Gender Violence (Spanish Congress 2004), with special emphasis on achieving equality between both genders, could have influenced attributions and perceptions about behaviors that were previously socially accepted. In contrast, item 24 (“My partner becomes aggressive when he drinks”) is considered more serious in the American calibration sample. This difference could be associated to the Spanish permissiveness about alcohol consumption, which is clearly part of the so-called “wet-drinking cultures” (Gual 2006). Although several authors have considered items about alcohol consumption as a measure of alcohol related problems or a measure of intimate partner homicide (Cook et al. 2003; Sharps et al. 2001), the perception of item 24 as less serious in the Spanish calibration sample is in accordance with the fact that in Spain the social perception of risks associated with alcohol consumption has shown a decreasing tendency over recent years (Gual 2006).

Objective 2 Validation Study

In the validation study, the Spanish version of ISA was administered to a sample of victims of IPV and non-abused control women in order to assess its psychometric properties and validate it against external criteria of intimate partner violence.

Method

Participants

A case control, cross-over study was designed to validate the ISA for detection of IPV. All participants were women aged 18 years or older who had been in a partner relationship within the previous year and involved with an intimate relationship for at least one year. Exclusion criteria were illiteracy or non-comprehension of Spanish. All women gave informed consent to participate in the study. The study protocol was approved by the institutional review board. Participants were recruited between July, 2005 and April, 2007. Victims of IPV were recruited from Domestic Violence Centers and non-abused control women were recruited from Primary Care Centers. The women identified as victims of IPV in Primary Care Centers were reassigned to the group of cases (victims of

IPV), in order to obtain a subgroup of victims with less severe forms of violence, who did not seek help and/or who did not recognize her situation as compatible with domestic violence (Hudson and McIntosh, 1981; Plazaola Castaño et al. 2006).

Measures

Index of Spouse Abuse (ISA; Hudson and McIntosh 1981) The ISA is a 30-item self-report inventory that measures the severity of physical and/or psychological abuse in an intimate relationship. It can be completed in approximately 5 minutes. The ISA is rated on a 5-point scale ranging from 1 (never) to 5 (very frequently). Scoring includes the item calibration to obtain a more valid measure of seriousness of abuse. Three different scores can be computed: ISA-P (severity of physical abuse), ISA-NP (severity of non-physical abuse), and ISA global score. All three scores range from 0 to 100 where lower scores represent the relative absence of IPV and higher scores represent the most severe forms. Original English validation obtained excellent reliability coefficients. The clinical cut-off scores were 10 for ISA-P, and 25 for ISA-NP (Hudson and McIntosh 1981).

Clinical Semi-Structured Interview The Semi-Structured Interview was based on the interview published by the Spanish Institute of Women (1999, 2002). The interview was designed to estimate the prevalence of IPV as reported in three larger epidemiological studies (Institute of Women 1999, 2002, 2006). It included 26 indicators of IPV, 13 mild and 13 strong markers (Institute of Women 1999). To facilitate the answers the clinical interviewer asked an open question about each indicator, introducing some examples. If the reply was affirmative the interviewer asked the women to explain the situations and their characteristics with detail. The psychologist asked about the severity, frequency, recurrence and chronicity of each situation. A woman was diagnosed as a victim of IPV if she was positive on at least one of the 13 strong markers, according to the interview criteria published by the Institute of Women (1999). For the current study additional items such as the presence and type (psychological and/or physical) of IPV during last year were included. The inter-rated reliability study showed excellent kappa's statistic results ($Kappa=0.83$; $N=40$).

Procedure

The study protocol followed the ethics and safety recommendations of research in Domestic Violence required by the World Health Organization (2001). Women were invited to participate by their health or social worker (L.G., M.J.T and Z.H.), who fully explained the study, obtained the signed informed consent form, collected socio-demographic

data, and administered the ISA. All participants were subsequently interviewed by two blind trained psychologists (A.T. and P.N.) with the Semi-Structured Clinical Interview in order to establish the presence and type of IPV. Partners were not present in the assessment process. In case of diagnosis doubts in Primary Care Centers a Longitudinal Expert All Data Procedure for diagnosis of IPV was formulated on the basis of the clinical interview and all available clinical data: from health professionals, from social workers, and medical records (Spitzer 1984).

Statistical Analysis

Differences between victims of IPV and non-abused control women with respect to the socio-demographic variables were analyzed using the Chi-square test, Student's t-test, as well as the analysis of variance (ANOVA). Internal consistency was calculated using Cronbach's alpha coefficients and the correlations of each item with their corrected scale (Stewart and Ware 1992). A Confirmatory factor analysis was conducted with Amos 7.0 (Arbuckle 2006), using maximum likelihood procedure as the technique for parameter estimation (Hoyle 1995). Chi square statistics as well as the Comparative Fit Index (CFI), the Incremental Fit Index (IFI), and the Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA) were used as model fit indices. Adequate model fit is achieved if CFI and IFI indices are greater than 0.90 (Hoyle and Panter 1995) and the RMSEA value is below 0.05 (Byrne 2001). Exploratory Factor Analyses were performed using the principal components extraction method retaining different numbers of factors (from two to four). Factors extracted were rotated to an oblique Oblimin criterion. Best solution was established through standard rules for the number of factors (Kaiser, Scree test), as well as replication criteria, simple structure, and psychological interpretability. Scores were computed using the scoring procedure described by the original authors (Hudson and McIntosh 1981), with the Spanish item weights obtained in our calibration study 1 (Appendix B). The validity of the ISA for detecting IPV was analyzed using two different definitions of a case: 1) IPV (physical and/or psychological) for the validation of the ISA global score and ISA-NP (non-physical subscale); 2) only physical IPV for the validation of ISA-P (physical subscale). Receiver operating characteristic (ROC) curves were also constructed (Zweig and Campbell 1993), and the area under the curve (AUC) was calculated with a 95% confidence interval (CI). Sensitivity, specificity and the Positive Predictive Value (PPV) and Negative Predictive Value (NPV) were calculated for a range of cut-off scores against external criteria of IPV. PPV and NPV were calculated using the prevalence rates of IPV (17.8%) and physical IPV (5.4%) obtained in Spanish Primary Care Centers (Ruiz-Pérez et al. 2006). Analyses were performed

using the SPSS (version 14.0) computer program. Statistical significance was set at $p < 0.05$.

Results

A total of 462 women were contacted to participate in the study. Nine women did not meet the inclusion criteria and forty eight declined to participate; consequently a total of 405 women (89.4%) were included in the study. One hundred thirty-nine women were recruited from Domestic Violence Centers and 266 women from Primary Care Centers. According to the Semi-structured Interview, 43 women recruited from Primary Care Centers were identified as victims of IPV and, consequently, were reassigned to the case group. The final sample included 223 non-abused women and 182 victims of IPV (116 with psychological IPV, and 66 with physical and psychological IPV). IPV victims, in comparison with non-abused control women, were separated or divorced ($p < 0.001$), had more children ($p < 0.001$), lower education level ($p < 0.001$), were more frequently unemployed ($p = 0.001$) and had a monthly household income lower than 1,300 Euros ($p < 0.001$) (Table 2). Victims of IPV scored

significantly higher than non-abused women on all the ISA scores ($p < 0.001$) (Table 3).

Factor Structure and Internal Reliability

In the Confirmatory Factor Analysis, there was unsatisfactory index-of-fit indices ($\chi^2 = 2905.53$; $\chi^2/df = 7.19$; $CFI = 0.80$; $IFI = 0.80$; $RMSEA = 0.12$), suggesting that the original ISA factor structure did not fit the present data. A series of Exploratory Factor Analyses with Principal Component Analysis and Oblimin rotations were performed with all women ($N = 405$) and in the group of IPV victims ($N = 182$) as complementary analysis. The Kaiser-Meyer-Olkin coefficient was 0.97, verifying a good fit of the data to the factor analysis. The two-factor solution was selected by means of psychological interpretability, replication and simple structure criteria. The two-factor structure, which accounted for 69% of common variability in the EFA performed on all women, and 49% of variability in the EFA performed in the group of IPV victims, is presented in Table 4. The scale-loading pattern of each factor was comparable between samples. However, in the IPV sample factor loadings were lower than in the whole sample. Factor 1 represented a

Table 2 Socio-demographic characteristics of the validation study sample

Socio-demographics		All women (N=405)		IPV victims (n=182)		Non-abused women (n=223)		Chi-square test		
		n	%	n	%	n	%	χ^2	d.f.	Sig.
Nationality	Spain	357	88.1	156	85.7	201	90.1	1.87	1	0.17
	Other	48	11.9	26	14.3	22	9.9			
Educational level	Primary	136	33.6	79	43.4	57	25.6	21.29	2	<0.001
	Secondary	155	38.3	70	38.5	85	38.1			
	University	114	28.1	33	18.1	81	36.3			
Marital status	Married	209	51.6	48	26.7	161	72.2	116.66	3	<0.001
	Single	81	20	37	20.6	44	19.7			
	Separated/ Divorced	111	27.4	95	52.8	16	7.2			
	Widow	2	0.5	0	0	2	0.9			
Number of children	None	89	22	23	12.6	66	29.6	20.51	2	<0.001
	One	138	34.1	61	33.5	77	34.5			
	Two or more	178	44	98	53.8	80	35.9			
Employment status	Employed	249	61.5	100	60.2	149	70.3	19.98	4	0.001
	Unemployed	51	12.6	35	21.1	16	7.5			
	Housewife	55	13.6	20	12	35	16.5			
	Student	4	1	0	0	4	1.9			
Monthly household income	Retired	19	4.7	11	6.6	8	3.8			
	<1.300 eur.	115	28.4	94	52.8	21	9.5	100.78	2	<0.001
	≈1.300 eur.	95	23.5	41	23	54	24.4			
	>1.300 eur.	189	46.7	43	24.2	146	66.1			
Age	Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	t	d.f.	Sig.	
	38.9	10.3	39.8	11.2	38.2	9.5	-1.509	403	0.13	

Table 3 Mean and standard deviations of ISA scores

	ISA scores	IPV victims (n=182)		Non-abused women (n=223)		T-Test	
		Mean	SD	Mean	SD	t	Sig.
IPV: intimate partner violence;	ISA global scores	43.83	21.30	2.54	4.31	-25.72	<0.001
ISA-NP: subscale ISA non-physical;	ISA-P scores	23.69	23.31	0.64	1.98	-13.30	<0.001
ISA-P: subscale ISA physical	ISA-NP scores	53.19	23.73	3.43	5.99	-27.58	<0.001

measure of non-physical abuse (ISA-NP), and included all the original items considered as “markers” of non-physical abuse (1, 2, 5, 6, 8, 9, 10, 14–16, 18–20, 26, 29), as well as items 4, 11, 12, 19, 21, 22, 25, 27 and 28. Factor 2 represented a measure of physical abuse (ISA-P), and also included the original items considered “markers” of physical abuse (items 7, 13, 17, 23, 24, 30) as well as item 3.

Cronbach’s alfa coefficients were 0.98 for the ISA global scale, 0.98 for the ISA-NP, and 0.88 for the ISA-P.

Corrected item-scale correlations were higher than 0.4. In addition, all the items showed the highest correlation with the scale assigned, with the exception of item 30, which maintained the highest correlation with the ISA-NP. Both subscales were highly correlated ($r=0.74, p<0.001$). Table 5 shows the internal consistency of the ISA with respect to all the women as well as a complementary analysis in the group of IPV victims only. Cronbach’s alfa coefficients in the IPV sample ranged from 0.83 to 0.94.

Table 4 Exploratory factor analysis of the ISA with all women and with the group of IPV victims

items	All women (N=405)			IPV victims (N=182)		
	F1: ISA-NP	F2: ISA-P	h^2	F1: ISA-NP	F2: ISA-P	h^2
1	0.906	-0.023	0.795	0.655	-0.001	0.429
2	0.841	0.005	0.712	0.651	-0.016	0.416
3	0.035	0.670	0.479	-0.143	0.757	0.514
4	0.596	0.185	0.529	0.521	0.135	0.341
5	0.879	-0.071	0.700	0.738	-0.132	0.491
6	0.749	0.074	0.635	0.547	0.138	0.373
7	0.086	0.805	0.743	0.203	0.698	0.632
8	0.685	0.084	0.549	0.563	0.057	0.344
9	0.845	0.014	0.728	0.698	-0.026	0.474
10	0.964	-0.109	0.809	0.804	-0.166	0.577
11	0.727	0.176	0.719	0.602	0.212	0.500
12	0.854	0.026	0.758	0.656	0.107	0.493
13	0.001	0.695	0.483	0.141	0.545	0.374
14	0.754	0.058	0.626	0.550	0.028	0.314
15	0.858	-0.028	0.707	0.647	-0.026	0.407
16	0.894	-0.168	0.639	0.706	-0.207	0.435
17	-0.084	0.826	0.602	0.019	0.684	0.477
18	0.801	-0.163	0.505	0.659	-0.209	0.377
19	0.806	0.073	0.729	0.586	0.112	0.404
20	0.853	0.051	0.785	0.714	0.057	0.543
21	0.715	0.073	0.582	0.585	0.031	0.356
22	0.858	0.095	0.848	0.697	0.161	0.594
23	0.105	0.773	0.711	0.228	0.677	0.622
24	0.094	0.701	0.583	-0.055	0.759	0.549
25	0.897	0.000	0.803	0.806	-0.010	0.644
26	0.887	0.020	0.811	0.664	0.077	0.484
27	0.698	0.231	0.743	0.676	0.208	0.602
28	0.794	0.154	0.808	0.671	0.188	0.577
29	0.918	0.032	0.881	0.869	0.007	0.760
30	0.456	0.483	0.717	0.445	0.499	0.609

IPV: intimate partner violence;
ISA-NP: subscale ISA non-physical;
ISA-P: subscale ISA physical;
 h^2 : communality

Table 5 Internal consistency of the ISA in all women and in the group of IPV victims

Item	All women (N=405)						IPV victims (N=182)					
	ISA global		ISA-P		ISA-NP		ISA global		ISA-P		ISA-NP	
	r item-scale	α-item	r item-scale	α-item	r item-scale	α-item	r item-scale	α-item	r item-scale	α-item	r item-scale	α-item
1	0.86	0.97	0.62		0.88	0.97	0.58	0.94	0.30		0.60	0.94
2	0.82	0.97	0.59		0.83	0.98	0.58	0.94	0.28		0.61	0.94
3	0.50	0.97	0.64	0.86	0.47		0.28	0.94	0.57	0.81	0.19	
4	0.70	0.97	0.57		0.69	0.98	0.56	0.94	0.36		0.54	0.94
5	0.80	0.97	0.53		0.81	0.98	0.60	0.94	0.24		0.64	0.94
6	0.78	0.97	0.59		0.76	0.98	0.58	0.94	0.37		0.54	0.94
7	0.65	0.97	0.75	0.85	0.60		0.56	0.94	0.67	0.79	0.44	
8	0.71	0.97	0.55		0.71	0.98	0.54	0.94	0.33		0.55	0.94
9	0.83	0.97	0.61		0.83	0.97	0.63	0.94	0.34		0.64	0.94
10	0.86	0.97	0.57		0.87	0.97	0.64	0.94	0.24		0.68	0.94
11	0.83	0.97	0.67		0.81	0.98	0.66	0.94	0.46		0.64	0.94
12	0.85	0.97	0.61		0.85	0.97	0.66	0.94	0.37		0.65	0.94
13	0.49	0.97	0.56	0.87	0.46		0.42	0.94	0.48	0.82	0.36	
14	0.77	0.97	0.59		0.77	0.98	0.51	0.94	0.33		0.51	0.94
15	0.81	0.97	0.59		0.81	0.98	0.57	0.94	0.30		0.59	0.94
16	0.74	0.97	0.49		0.76	0.98	0.54	0.94	0.20		0.58	0.94
17	0.50	0.97	0.60	0.87	0.44		0.37	0.94	0.51	0.82	0.29	
18	0.65	0.97	0.41		0.65	0.98	0.48	0.94	0.13		0.51	0.94
19	0.83	0.97	0.62		0.83	0.97	0.58	0.94	0.36		0.57	0.94
20	0.87	0.97	0.66		0.87	0.97	0.70	0.94	0.42		0.71	0.93
21	0.74	0.97	0.55		0.73	0.98	0.55	0.94	0.30		0.55	0.94
22	0.91	0.97	0.70		0.90	0.97	0.73	0.94	0.47		0.72	0.93
23	0.65	0.97	0.74	0.85	0.59		0.57	0.94	0.67	0.79	0.46	
24	0.59	0.97	0.73	0.85	0.54		0.36	0.94	0.63	0.80	0.25	
25	0.87	0.97	0.62		0.87	0.97	0.73	0.94	0.36		0.75	0.93
26	0.88	0.97	0.63		0.88	0.97	0.65	0.94	0.35		0.63	0.94
27	0.84	0.97	0.72		0.82	0.98	0.73	0.94	0.52		0.71	0.93
28	0.88	0.97	0.72		0.88	0.97	0.71	0.94	0.51		0.70	0.93
29	0.92	0.97	0.68		0.92	0.97	0.81	0.94	0.42		0.83	0.93
30	0.78	0.97	0.71	0.85	0.76		0.68	0.94	0.58	0.81	0.62	
Global		0.97		0.87		0.98		0.94		0.83		0.94

IPV: intimate partner violence; ISA-NP: subscale ISA non-physical; ISA-P: subscale ISA physical

Validation of the ISA for Detection of Intimate Partner Violence

The AUC value for ISA global score was 0.99 (95% CI: 0.98–0.99), indicating an excellent validity for detecting IPV (Fig. 1). For the ISA global score, 12 was the optimal cutoff for detecting IPV, with a sensitivity of 95.1 (95% CI: 91.6–98.5), a specificity of 94.8 (95% CI: 91.6–98.0), a PPV of 79.9% and a NPV of 98.9%.

For the ISA subscales, AUC values ranged from 0.90 (95% CI: 0.86–0.93) for ISA-P to 0.98 (95% CI: 0.98–0.99) for

ISA-NP, indicating a good to excellent validity for detecting physical IPV and for all cases of IPV, respectively (Fig. 1). For the ISA-P, 7 was the optimal cut-off for detecting physical IPV (N=66 cases versus N=339 controls), attaining a sensitivity of 92.2 (95% CI: 84.8–99.5), a specificity of 78.0 (95% CI: 73.5–82.5), a PPV of 19.3%, and a NPV of 99.4%. For the ISA-NP, 14 was the optimal cut-off for detecting IPV (N=182 cases versus N=223 controls), attaining a sensitivity of 94.5 (95% CI: 90.0–98.1), a specificity of 93.3 (95% CI: 89.8–96.8), a PPV of 75.2% and a NPV of 98.7%.

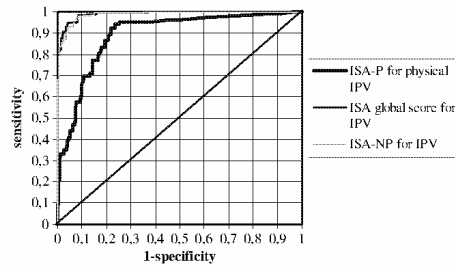


Fig. 1 Receiver operating characteristic (ROC) curves of the ISA global score, ISA-P and ISA-NP

Discussion

In the present study, we validated for the first time the Spanish version of the ISA against a “gold standard” or external criteria of “case” (women victims of IPV), using a case-control design. The Spanish ISA showed good psychometric properties for the detection of physical and psychological IPV in our population.

The Confirmatory Factor Analysis did not replicate the structure found by the original authors in our Spanish sample (Hudson and McIntosh 1981). Consequently, Exploratory Factor Analyses were performed in order to assess the underlying structure of the Spanish version of the ISA. Two factors, ISA-P (physical) and ISA-NP (non-physical), were identified, both in all women as well as solely in the sample of IPV victims, although with slightly different item distribution for to each factor in comparison to the original study (Hudson and McIntosh 1981), or studies from El Salvador (Sierra et al. 2007) and China (Tang 1998). Original items considered “markers” of physical IPV (items 7, 13, 17, 23, 24, 30), as well as item 3, which refers to alcohol consumption, comprised the Spanish ISA-P factor. Therefore, the physical abuse component of this factor was undoubtedly established. The remaining items comprised the ISA-NP factor, characterized by a non-physical abuse component, with items that refer to unreasonable demands, controlling behavior, isolation and verbal abuse, as well as one item about sexual abuse. The items that comprise the ISA-NP factor are very heterogeneous and refer to several types of psychological maltreatment, including emotional / verbal abuse as well as dominance / isolation / controlling behavior. Regarding this, several authors have identified a structure of the ISA which is composed of three factors; the third factor assesses controlling behavior (Campbell et al. 1994; Cook et al. 2003; Eliason 2005), considered related but distinct to the emotional/verbal abuse factor (intimidation and derision). In our sample all of these items were grouped in a single factor. More research is needed using confirma-

tory factor analyses to increase knowledge about the different types of IPV covered by the ISA.

Internal consistencies for the subscales ISA-P and ISA-NP were excellent, as well as the Cronbach’s alpha for the ISA global score. Excellent reliability coefficients were found both in the global sample as well as solely in IPV victims. These results, as well as the highest correlation between the two subscales ($r=0.74$), suggest that the ISA could be simplified by using a single score (the ISA global score). The original authors, as well as several subsequent studies, suggest a possibility for the one-dimensional solution of ISA for future validation studies (Eliason 2005). This verifies the widespread views of psychological and physical IPV, conceptualized as a continuum rather than as independent dimensions (Cascardi et al. 1995; Coker et al. 2000; Follingstad et al. 1990; Ratner 1993; Walker 1984).

In contrast with previous studies that considered the ISA global score secondary, we propose the global score as the more valid and accurate measure of IPV due to its excellent psychometric properties. A cut-off score of 12 proposed for detecting IPV optimized both sensitivity and specificity near to 95%. Differences in the case selection method employed could explain the lower Spanish cut-off scores proposed for ISA-P (7) and ISA-NP (14) subscales compared with previously reported scores (Hudson and McIntosh 1981; Tang 1998). The original authors recruited cases from protective shelters only, selecting the most severely abused women. In contrast, in our study cases were recruited from Domestic Violence Centers as well as from Primary Care Centers, improving the breadth of representation of the sample. On the other hand, our results were similar to those of the previous Spanish validation that reported the same threshold of the ISA-NP, although a cut-off score slightly greater for the ISA-P (Plazaola Castaño et al. 2006) was identified.

Limitations of the Study

Several cautions must be taken into account. Although 7.6% of the sample was from Latin American countries and the ISA achieved adequate comprehensibility in this population, the translation of the ISA has employed expressions not used outside of Spain (“Me dice que no puedo apañarme o arreglarme sin él”, “Pone pegas a que me relacione con mis amigas”), therefore the utility of this translation with other Spanish speaking populations remains to be determined. The weighting system used is unique to Spain; therefore, this may be taken into account if the item weights are used in Latin American populations. Finally, the weighted score system adds complexity in computing the scores (Eliason 2005; Plazaola Castaño et al. 2006). Nevertheless, computer-based programs could simplify the scoring process (Eliason 2005).

Conclusions

This study provides a Spanish version of the ISA, a widely used tool for detecting and measuring the intensity of IPV. The Spanish version of the ISA includes a computer-based program which will be available online. This validation provides item weights and clinical cut-off scores for an ISA global score and for both subscales, established against external criteria of IPV using a case-control design. Regarding cut-off scores, we propose the use of an ISA global score threshold of 12 as the most valid and reliable measure for Spanish woman at risk of IPV. The sample includes a large number of clinically diagnosed cases of

IPV. Results replicated the good psychometric properties determined in the original study. Additionally, the ISA showed excellent psychometric properties in a sample of IPV victims. ISA is a good tool to improve the detection of this under-recognized problem in female populations.

Acknowledgements The authors are grateful to all the women who participated in the study. They also thank Luisa Melgarés, Mar Morollón, Núria Sensat and Fabiola Gil for their support in selecting the cases. The authors thank Vaheshta Sethna and Elena Dopino, for their linguistic in-put. This study has been supported in part by grant 022/20/2004 from the Agència d’Avaluació en Tecnologia i Recerca Mèdiques (AATRM), and by the Institut Català de la Dona (ICD) from the Catalanian government (Generalitat de Catalunya), Spain.

Appendix A: Spanish version of Index of Spouse Abuse

Este cuestionario ha sido diseñado para valorar aspectos negativos en el trato que Ud, recibe en su relación de pareja, No se trata de un examen, no hay respuestas verdaderas o falsas. Conteste cuidadosamente a cada afirmación marcando con una “X” la respuesta elegida:

Mi pareja:	Nunca	Raras veces	De vez en cuando	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
16.					
17.					
18.					
19.					
20.					
21.					
22.					
23.					
24.					
25.					
26.					
27.					
28.					
29.					
30.					

Appendix B: Scoring procedure

- a) ISA global score:
 - 1- To compute a product score (P) by multiplying the item score (I) by the item weight (W): $P=(I)(W)$
 - 2- To compute the minimum possible sum-score (MIN) by adding up all the item weights: $MIN=\sum W$
 - 3- Computing the ISA global score (S): $S=(\sum P-MIN)/(100)/[(MIN)/4]$
- b) ISA-P score:
 - 1- To compute a product score (P) by multiplying each physical item score (I) by the item weight (W): $P=(I)(W)$ (items 3,7,13,17,23,24,30)
 - 2- Computing the ISA-P score: $ISA-P=(\sum P/576-1) * 25$
- c) ISA-NP score:
 - 1- To compute a product score (P) by multiplying each non-physical item score (I) by the item weight (W): $P=(I)(W)$ (items 1,2,4,5,6,8,9,10,11,12,14,15,16,18-22, 25-29)
 - 2- Computing the ISA-NP score: $ISA-NP=(\sum P/1241-1) * 25$

References

American Psychological Association. (1996). *APA presidential task force on violence and the family report*. Washington, DC: American Psychological Association.

Arbuckle, J. (2006). *Amos 7.0 User's Guide*. Spring House: Amos Development Corporation.

Butterworth, P. (2004). Lone mothers' experience of physical and sexual violence: association with psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, *184*, 21–7.

Byrne, B. M. (2001). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.

Campbell, D., Campbell, J., King, C., Parker, B., & Ryan, J. (1994). The reliability and factor structure of the Index of Spouse Abuse with African-American women. *Violence and Victims*, *9*, 259–274.

Campbell, J. C., & Lewandowski, L. A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatric Clinics of North America*, *20*, 353–74.

Campbell, J., Torres, S., Ryan, J., King, C., Campbell, D. W., Stallings, R. Y., et al. (1999). Physical and non-physical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies. A multiethnic case-control study. *American Journal of Epidemiology*, *150*, 714–726.

Campbell, J. C. (1989). A test of two explanatory models of women's responses to battering. *Nursing Research*, *38*, 18–24.

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, *359*, 1331–1336.

Cascardi, M., O'Leary, K. D., Lawrence, E. E., & Schlee, K. A. (1995). Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *63*, 616–623.

Coker, A., Smith, P., McKeown, R., & King, M. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: Physical, sexual, and psychological battering. *American Journal of Public Health*, *90*, 553–559.

Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., et al. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, *23*, 260–268.

Coker, A. L., Reeder, C. E., Fadden, M. K., & Smith, P. H. (2004). Physical partner violence and medicaid utilization and expenditures. *Public Health Reports*, *119*, 557–567.

Cook, S., Conrad, L., Bender, M., & Kaslow, N. (2003). The internal validity of the Index of Spouse Abuse in African American women. *Violence and Victims*, *18*, 641–657.

Echeburúa, E., & Corral, P. (2002). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Ed. Siglo XXI.

Eliason, M. J. (2005). Assessing intimate partner violence in incarcerated women. *Journal of Forensic Nursing*, *1*, 106–111.

Ernst, A. A., Weiss, S. J., Cham, E., Hall, L., & Nick, T. G. (2004). Detecting ongoing intimate partner violence in the emergency department using a simple 4-question screen: the OVAT. *Violence and Victims*, *19*, 375–384.

Feldhaus, K., Koziol-McLain, J., Amsbury, H., Norton, I., Lowenstein, S., & Abbott, J. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *Journal of the American Medical Association*, *277*, 1357–1361.

Follingstad, D. R., Rutledge, L. L., Berg, B. J., Hause, E. S., & Polek, D. S. (1990). The role of emotional abuse in physically abusive relationships. *Journal of Family Violence*, *5*, 107–12.

Follingstad, D. R. (2009). The impact of psychological aggression on women's mental health and behavior: the status of the field. *Trauma, Violence & Abuse*, *10*, 271–289.

Gual, A. (2006). Alcohol in Spain: is it different? *Addiction*, *101*, 1073–1077.

Hegarty, K., Sheehan, M., & Schonfeld, C. (1999). A multidimensional definition of partner abuse: development and preliminary validation of the Composite Abuse Scale. *Journal of Family Violence*, *14*, 399–415.

Hoyle, R. H. (1995). The structural equation modeling approach: Basic concepts and fundamental issues. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 1–15). Thousand Oaks: Sage Publications.

Hoyle, R. H., & Panter, A. T. (1995). Writing about structural equation models. In R. H. Hoyle (Ed.), *Structural equation modeling: Concepts, issues, and applications* (pp. 158–176). Thousand Oaks: Sage Publications.

Hudson, W. W., & McIntosh, S. R. (1981). The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and Family*, *43*, 873–888.

Leserman, J., Li, Z., Drossman, D. A., Toomey, T. C., Nachman, G., & Glogau, L. (1997). Impact of sexual and physical abuse dimensions on health status: development of an abuse severity measure. *Psychosomatic Medicine*, *59*, 152–16.

Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ed. Arcs y Marcs.

Numally, J. C. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill, Book Company.

O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: a variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, *14*, 3–23.

Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Behavioural Reviews*, *29*, 181–193.

Pico-Alfonso, M. A., Echeburúa, E., & Martínez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic

- intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23, 577–588.
- Plazaola Castaño, J., Ruiz Pérez, I., Escrivá Agüir, V., & Jiménez Martín, J. M. (2006). Adaptación española de un instrumento de diagnóstico y otro de cribado para detectar la violencia contra la mujer en la pareja desde el ámbito sanitario. Retrieved July 21, 2008, from http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/e02_i03.htm.
- Ratner, P. A. (1993). The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Canadian Journal of Public Health*, 84, 246–249.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Pricto, P., González-Barranco, J. M., Ayuso-Martín, P., Montero-Piñar, M. I., et al. (2006). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20, 202–208.
- Sackett, L. A., & Saunders, D. G. (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and Victims*, 14, 105–177.
- Sharps, P. W., Campbell, J., Campbell, D., Gary, F., & Webster, G. F. (2001). The role of alcohol use in intimate partner femicide. *American Journal on Addictions*, 10, 122–135.
- Sicra, J. C., Ortega, V., Santos, P., & Gutiérrez, J. R. (2007). Estructura factorial, consistencia interna y estructuras de validez de la versión española del Index of Spouse Abuse. *Boletín de Psicología*, 91, 83–96.
- Spanish Congress. (2004). [Organic Law 1/2004 on 'integrated protection against gender-based violence'] Boletín General de las Cortes Generales;12100002:195–232. [In Spanish].
- Spitzer, R. L. (1984). Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Comprehensive Psychiatry*, 24, 399–411.
- Stewart, A. I., & Ware, J. E. (1992). *Measuring functioning and well-being: the medical outcomes study approach*. Durham, NC: Duke University Press.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and Family*, 41, 75–88.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996). The Revised Conflicts Tactics Scale (CTS2)—Development and preliminary psychometric data. *Family Issues*, 17, 283–316.
- Straus, M. A. (2007). Conflict Tactics Scales. In N. A. Jackson (Ed.), *Encyclopedia of Domestic Violence* (pp. 190–197). New York: Routledge, Taylor & Francis.
- Street, A. E., & Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: examining the roles of shame and guilt. *Violence and Victims*, 16, 65–78.
- Sullivan, C. M., & Bybee, D. I. (1999). Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 43–53.
- Taft, C. T., Vogt, D. S., Mechanic, M. B., & Resick, P. A. (2007). Posttraumatic stress disorder and physical health symptoms among women seeking help for relationship aggression. *Journal of Family Psychology*, 21, 354–362.
- Tang, C. (1998). Psychological abuse of Chinese wives. *Journal of Family Violence*, 13, 299–313.
- Tolman, R. M. (1989). The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence and Victims*, 4, 159–177.
- Tutty, L., Bidgood, B., & Rothery, M. (1993). Support groups for battered women: Research on their efficacy. *Journal of Family Violence*, 8, 325–343.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54, 21–29.
- Walker, L. E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.
- Weaver, T. L., & Etzel, J. C. (2003). Smoking patterns, symptoms of PTSD and depression: preliminary findings from a sample of severely battered women. *Addictive Behaviors*, 28, 1665–79.
- Women's Institute. (1999). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta* [Violence against women. Results of the Macro-Survey]. Madrid, Spain: Instituto de la Mujer y Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.
- Women's Institute. (2002). Estadísticas. Mujeres en cifras. Violencia. Macroencuesta "Violencia contra las mujeres" [Statistics. Women's data. Violence. Macro-survey "Violence against women"]. Retrieved February 25, 2009, from: <http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/tablas/W595.XLS>.
- Women's Institute. (2006). Estadísticas. Mujeres en cifras. Violencia. Macroencuesta "Violencia contra las mujeres" [Statistics. Women's data. Violence. Macro-survey "Violence against women"]. Retrieved February 25, 2009, from: <http://www.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/tablas/W595.XLS>.
- World Health Organization. (2002). Violence by intimate partners. *World Report on violence and health* (pp. 89–121). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2001). *Putting women's safety first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva: World Health Organization. Global Programme on Evidence for Health Policy.
- Yegidis, B. L. (1989). *Abuse risk inventory manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist.
- Zweig, M. H., & Campbell, G. (1993). Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine. *Clinical Chemistry*, 39, 561–577.

3.3. Artículo 3. Relationship between intimate partner violence, depressive symptomatology, and personality traits

3.3.1. Resumen

3.3.1.1. Objetivo

Evaluar la asociación entre victimización por VP y rasgos de la personalidad. Específicamente:

- a) Estudiar las diferencias en rasgos de la personalidad entre mujeres expuestas a VP y mujeres no expuestas a VP, controlando el efecto de la sintomatología depresiva.
- b) Estudiar la relación entre intensidad y duración de la VP y rasgos de la personalidad.

3.3.1.2. Método

Se trata de un estudio transversal compuesto de 176 mujeres víctimas de VP, y 193 mujeres sin historia de VP (controles). Las participantes fueron mujeres mayores de 18 años que tuvieran o hubiesen tenido pareja en el último año. Las mujeres víctimas de VP procedían de un centro especializado en VP mientras que las mujeres control procedían de centros de AP. Las víctimas de VP, en comparación con las controles, tenían una edad superior, estaban divorciadas o separadas, tenían un mayor número de hijos, menor nivel educativo, estaban desempleadas con mayor frecuencia y un menor nivel de ingresos.

El procedimiento incluía una entrevista semiestructurada, en que se preguntaba sobre datos sociodemográficos, variables de VP, incluyendo el tipo y la duración, y relaciones abusivas previas. Posteriormente se administraban el *Index of Spouse Abuse (ISA)*¹²³, para medir la intensidad de la VP, el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)*^{319,320}, para medir la intensidad de la sintomatología depresiva, y el *Early Trauma Inventory – short form (ETI-SF)*^{321,322}, para detectar la presencia de abusos en la infancia. En una segunda sesión se administraba el cuestionario de personalidad *Dimensional Assessment of Personality Pathology – Basic Questionnaire (DAPP-BQ)*²⁵⁶.

Se analizó la normalidad de las variables. Puesto de *problemas de conducta* y *autolesión* no pudieron ser normalizadas, fueron excluidas del análisis. Se realizó análisis de la covarianza multivariado y univariado (MANCOVA, ANCOVA) para analizar la asociación entre los 16 rasgos de la personalidad y la exposición a VP, controlando por las variables de confusión que mostraron diferencias entre ambos grupos. Se realizaron los análisis primero sin controlar por BDI, y posteriormente controlando por BDI. Se empleó una alpha corregida por Bonferroni de $p < 0,0031$ ($0,05/16$).

Se exploró la asociación entre intensidad de la VP (ISA), duración de la VP y rasgos de la personalidad mediante coeficientes de correlación de Pearson, realizando posteriormente correlaciones parciales controlando por edad y BDI.

3.3.1.3. Resultados

Las mujeres expuestas a VP presentaron mayores puntuaciones que las controles en BDI ($p < 0,001$), e ISA ($p < 0,001$). También presentaron una mayor frecuencia de abusos emocionales en la infancia (31% vs 17%) y una menor frecuencia de abusos físicos en la infancia (29% vs 42%).

Tanto la edad como el nivel educativo mostraron asociación significativa con los rasgos de la personalidad, por lo que se introdujeron en los modelos MANCOVA y ANCOVA como variables de control. El análisis MANCOVA controlando por edad, nivel educativo y BDI halló un efecto principal significativo de la exposición a VP sobre los rasgos de personalidad ($F [16, 348] = 4,41, p < 0,001$). Las mujeres víctimas de VP presentaron mayores puntuaciones en Problemas con la Intimidad ($F [1, 363] = 13,39, p < 0,001$), y menores puntuaciones en Rechazo ($F [1, 363] = 11,66, p = 0,001$), que las controles.

La intensidad de la VP (ISA) se asoció a la Distorsión Cognitiva, Problemas con la Intimidad, Expresividad Restringida, y Desconfianza, una vez controlado el efecto de la sintomatología depresiva (BDI). La duración de la VP se asoció a un menor Rechazo, una vez controlado el efecto de la edad.

3.3.1.4. Conclusión

Este estudio sólo encuentra diferencias modestas en rasgos de la personalidad entre mujeres víctimas de VP y controles cuando se controla el efecto de la sintomatología depresiva. Los rasgos de la personalidad del DAPP-BQ asociados a nivel dosis-dependiente con la intensidad de la VP podrían reflejar parcialmente algunos de los síntomas incluidos en la

descripción del TEPT complejo, por lo que esta posibilidad debería explorarse en estudios posteriores.

3.3.2. Publicación en Journal of Family Violence

J Fam Viol (2013) 28:369–379
 DOI 10.1007/s10896-013-9502-4

RESEARCH ON VICTIMS OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE

Relationship Between Intimate Partner Violence, Depressive Symptomatology, and Personality Traits

Anna Torres · Lluïsa Garcia-Esteve ·
 Purificación Navarro · María Jesús Tarragona ·
 María Luisa Imaz · Carlos Ascaso · Estel Gelabert ·
 Anna Plaza · Susana Subirà · Manuel Valdés ·
 Rocío Martín-Santos

Published online: 24 March 2013
 © Springer Science+Business Media New York 2013

Abstract The aim of this study was to examine the relationship between intimate partner violence (IPV) and personality disorder symptoms controlling for depressive state. Victims of IPV ($n=176$) and non-abused women ($n=193$) completed the Dimensional Assessment of Personality

Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ), Index of Spouse Abuse (ISA), and Beck Depression Inventory-II (BDI-II). IPV victims scored higher than non-abused women on Intimacy Problems, and scored lower on Rejection traits, after adjustment for depressive symptoms. Severity of the IPV was related to Cognitive Distortion, Suspiciousness, Restricted Expression, and Intimacy Problems, and the length of the IPV was negatively associated with Rejection. The current study suggests only modest differences in personality traits between IPV and non-abused women. The DAPP-BQ traits associated with severity of IPV, in a dose-response manner, would partially reflect the symptoms of complex post-traumatic stress disorder (CPTSD), although this possibility deserves further study.

Keywords DAPP-BQ · Intimate partner violence · Complex PTSD · DESNOS · Intimacy problems

Author Note Anna Torres, Perinatal Psychiatry and Gender Program, Hospital Clinic of Barcelona; Lluïsa Garcia-Esteve, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer; Purificación Navarro, Psychology Service, Regidoria de Politiques de Gènere de l'Ajuntament de Terrassa; María Jesús Tarragona, Psychology Service, Regidoria de Politiques de Gènere de l'Ajuntament de Terrassa; María Luisa Imaz, Perinatal Psychiatry and Gender Program, Hospital Clinic of Barcelona; Carlos Ascaso, Department of Public Health, University of Barcelona; Estel Gelabert, Department of Clinical and Health Psychology, University Autònoma of Barcelona; Anna Plaza, Borderline Personality Disorder Program, Centre de Psicoterapia de Barcelona; Susana Subirà, Department of Clinical and Health Psychology, University Autònoma of Barcelona; Manuel Valdés, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer; Rocío Martín-Santos, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer.

This study was made possible thanks to the End of Residency Training Award granted to the first author by the Hospital Clinic of Barcelona, by grant 58/05 from the Ministry of Equality, Women's Institute, Spain and by grant SGR2009/1435.

The authors are grateful to all the women who participated in the study. They also thank Beatriz Gonzalez, Mar Morollón, Núria Sensat, and Fabiola Gil for their support in selecting the cases.

A. Torres · M. L. Imaz
 Hospital Clinic of Barcelona, Barcelona, Spain

L. Garcia-Esteve · M. Valdés · R. Martín-Santos
 Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer
 (August Pi i Sunyer Biomedical Research Institute), Barcelona, Spain

P. Navarro · M. J. Tarragona
 Regidoria de Politiques de Gènere de l'Ajuntament de Terrassa
 (Department of Gender Policy of the City of Terrassa),
 Terrassa, Spain

C. Ascaso
 University of Barcelona, Barcelona, Spain

E. Gelabert · S. Subirà
 University Autònoma of Barcelona, Bellaterra, Spain

A. Plaza
 Centre de Psicoterapia de Barcelona
 (Barcelona Psychotherapy Center), Barcelona, Spain

A. Torres (✉)
 Programa de Psiquiatria Perinatal y de Género, Hospital Clinic,
 C/ Sabino de Arana 1,
 08028 Barcelona, Spain
 e-mail: annatorresgim@yahoo.es

 Springer

that person's misuse of power, control, and authority" (Walker 1999, p. 23). Physical, sexual, and psychological abuse of women by their intimate partners is common around the world. In Spain, the prevalence of IPV has been estimated to be around 9.6 % (Women's Institute 2006), similar to that found in U.S. population studies (Plichta 1996). IPV is a public health problem, which has a significant impact on mental health, especially depression and post-traumatic stress disorder (PTSD; Campbell 2002; Garcia-Esteve et al. 2010). However, few empirical studies have focused on the relationship between IPV and personality disorders (PDs), with heterogeneous and inconclusive data (Back et al. 1982; Cogan and Porcerelli 1996; Coolidge and Anderson 2002; Danielson et al. 1998; Davins et al. 2012; Estrellado 2010; Pérez-Testor et al. 2007; Pico-Alfonso et al. 2008; Sansone et al. 2007).

Personality is "the set of psychological traits and mechanisms within the individual that are organized and relatively enduring and that influence his or her interactions with, and adaptations to, the intrapsychic, physical, and social environments" (Larsen and Buss 2005, p. 4). PD is conceptualized as a stable and consistent "failure to develop adaptive solutions to universal life tasks leading to impaired self and interpersonal functioning" (Livesley 2011, p. 404). Furthermore, PD is associated with extreme levels of one or more personality traits (Livesley 2011). Some authors suggest that IPV may affect all levels of functioning and can impact the personality styles of female victims (Davins et al. 2012). Previous studies about the relationship between personality and IPV have shown mixed results and have not accounted for the presence of depressive symptoms. The present study aims to explore PD symptoms in IPV victims controlling for depressive state.

Clinical studies have indicated that IPV is common among female patients with PD symptoms (Sansone et al. 2007) or disorders (Back et al. 1982). Studies (case-control) using convenience and small samples of women from residential shelters (Watson et al. 1997) and IPV agencies (Gleason 1993) as well as an epidemiological study (Danielson et al. 1998) have also supported this association. The interpretation of the association between IPV and personality is controversial. Earlier studies focused primarily on personality characteristics of the victims, concluded that personality disturbance increased the risk of victimization (Gellen et al. 1984). In contrast, Rosewater (1987) suggested that the victim's psychopathology is situational in nature and would gradually disappear once a woman is removed from the abusive relationship. More recently, some authors have suggested that IPV may have an impact on personality, defining a type of PTSD characterized by more chronic and complex symptoms (Herman 1992).

PTSD has been recognized as one of the most prevalent mental health sequel of IPV (Coid et al. 2003; Golding 1999), with prevalence ranging between 31 and 84 %. Empirical and meta-analytic studies have consistently found

severity of IPV to be associated with greater PTSD prevalence or level of symptoms, suggesting a dose-response relationship (Bennice et al. 2003; Golding 1999). However, the generic criteria of PTSD may not fully measure the range of psychological symptoms observed in IPV victims (Herman 1992; Walker 1991). A growing body of research literature points to the fact that severe and prolonged interpersonal trauma often results in a complex presentation of symptoms that includes not only PTSD symptoms, but also marked alterations in personality functioning and diverse severe symptoms involving the areas of emotional regulation, consciousness, self-perception, identity, perception of the perpetrator, interpersonal relations, and system of meaning (Herman 1992; Zucker et al. 2006). These additional symptoms have been conceptualized as a variant of PTSD termed complex PTSD (CPTSD), also known as Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified (DESNOS; Herman 1992; Pelcovitz et al. 1997). While interpersonal childhood adversity, such as abuse, has consistently been associated with CPTSD (Cloitre et al. 2009), less attention has been given to the link between IPV and CPTSD. However, CPTSD has been identified in women exposed to chronic sexual and physical abuse, regardless of the onset of the offense (Roth et al. 1997). Thus, as personality disturbance is central to the construct of CPTSD (Miller and Resick 2007), these studies suggest that IPV as chronic interpersonal trauma may have the potential to negatively influence personality traits, PD symptoms, and PDs.

However, due to the cross-sectional nature of links between IPV and PDs, it is not clear to what extent the personality correlates of IPV victimization reflect preexisting personality versus stress-related personality changes. On the one hand, some studies have demonstrated a relationship between preexisting personality characteristics and vulnerability to trauma exposure, suggesting an inherited vulnerability (Jang et al. 2003). On the other hand, in a longitudinal study, other authors have demonstrated that experiencing extremely adverse events in adulthood leads to a pattern of changes in personality traits characterized by high neuroticism and low agreeableness (Löckenhoff et al. 2009). Although the study's authors did not distinguish between different types of traumatic events, this was the first longitudinal study that demonstrated personality changes emerging as a result of experiencing extreme events.

Several studies have explored the relationship between IPV and personality with classic standardized personality questionnaires. Studies that have implemented the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI/MMPI-II; Butcher et al. 1989; Hathaway and McKinley 1943) found that IPV women exhibited elevations on scales measuring hostility and impulsivity (scale 4, Psychopathic Deviate), social discomfort (scale 6, Paranoia), difficulties in thinking or concentrating (scale 8, Schizophrenia), emotional distress and atypical experiences (scale F), as well as low scores in

psychological defenses (scale K; Back et al. 1982; Khan et al. 1993). In addition, an earlier research has explored the effects of PTSD on the MMPI-II profile, showing that an F-6–8 profile, in combination with a low K, elevated somatization (Scale 1, Hypochondriasis), and Keane PTSD scale (PK) would be indicative of PTSD in women victims of IPV (Morrell and Rubin 2001). These studies also found that the severity of physical and psychological IPV, and the average clinical MMPI-II scores is positively correlated, suggesting that the profile is reactive to the violence (Khan et al. 1993). This is consistent with the reactive state hypothesis that postulates that the abuse has caused psychological disturbance (Khan et al. 1993; Rollstin and Kern 1998).

Other studies have used the Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II; Millon 1987) or the Coolidge Axis II Inventory (CATI; Coolidge 1993). Evidence from these studies is contradictory and inconclusive due to small samples, variations between samples and recruitment settings, and considerable heterogeneity in terms of methodological quality (Cogan and Porcerelli 1996; Coolidge and Anderson 2002; Estrellado 2010; Pérez-Testor et al. 2007; Pico-Alfonso et al. 2008). The lack of a control group in some studies limits the generalizability of the results (Estrellado 2010; Pérez-Testor et al. 2007). The most frequent findings were elevated scores in Schizoid, Avoidance, and Self-Defeating scales (Estrellado 2010; Pérez-Testor et al. 2007; Pico-Alfonso et al. 2008). Pico-Alfonso et al. (2008) also found higher scores in the Schizotypal, Borderline, and Paranoid personality pathology scales in women victims of IPV than in the controls.

However, no studies about the relationship between IPV and personality have been conducted with the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire (DAPP-BQ; Livesley and Jackson 2009; Livesley et al. 1991). This tool comes from the genetic-behavioral alternative to the personality disorders, the Livesley dimensional model. It was elaborated deductively from the consensus and statistical refinement of data collected by a large number of clinicians from different psychopathological tendencies (Hernandez et al. 2009). The model has shown an appropriate relationship with important personality paradigms and good predictive power for personality disorders (Hernandez et al. 2009). Eighteen basic dimensional factors have consistently been grouped into four higher order factors: Emotional Dysregulation, Dissocial Behavior, Inhibition, and Compulsivity. Emotional Dysregulation is characterized by anxiousness, mood instability, and insecure, submissive interpersonal behavior; Dissocial Behavior includes impulsive, uninhibited, and exploitative behaviors; Inhibition reflects restricted emotional expression, interpersonal inhibition, and reduced social drive and enjoyment; and Compulsivity represents rigidity, orderliness, and self-control (Gutiérrez-Zotes et al. 2008).

The literature associating IPV to personality pathology has not accounted for the presence of depressive symptoms.

The weighted mean prevalence rate of depression among IPV victims is estimated to be 48 % (Golding 1999). Reports of PD symptoms are influenced by current major depression (Kool et al. 2003). The effect of acute depression is to amplify the personality profile, reflecting the current condition of the individual, rather than distorting it (Costa et al. 2005). Thus, investigations accounting for the presence of depression are needed to elucidate personality dysfunction in women who are victims of IPV.

In summary, there are numerous studies in which IPV was associated with depression or PTSD, but more research is needed in order to assess personality disturbance in IPV victims, carefully controlling the effect of depressive symptomatology. A better knowledge of these variables would allow designing more effective therapeutic strategies to cope with IPV. The aims of the present study were to (a) evaluate the differences in personality traits between victims of IPV and controls, taking into account the effect of depressive symptomatology; and (b) explore the relationship between the severity and length of IPV and the personality traits. Consistent with the above-mentioned literature, we hypothesized that (a) women who suffer from IPV would exhibit significantly higher scores on the traits of Emotional Dysregulation and Inhibition than the control women, even after controlling for depression; and (b) according to the reactive state hypothesis, the severity and/or length of IPV would be positively correlated with the traits of Emotional Dysregulation and Inhibition.

Method

Participants

The participants were Spanish-speaking women aged 18 years or older (age range: 18–68 years) who had been in an intimate partner relationship with a male within the previous year and involved in an intimate relationship for at least 1 year. An exclusion criterion was illiteracy. Participants were recruited between July 2005 and May 2008. Women victims of IPV were recruited consecutively from an outpatient abused women's service. Non-abused women were a convenience sample recruited from outpatient primary healthcare clinics. All female patients without a history of IPV who were seeking medical care at the general practitioner were eligible for the study. A total of 496 women were contacted to participate in the study. Nine women did not meet the inclusion criteria, 24 refused to participate, and 94 did not complete the entire assessment. IPV cases (78.9 %) and controls (80.4 %) showed similar rates of completion (Fisher's exact test, $p=0.729$). Non-immigrant women completed the assessment more often than immigrant women (84.6 vs. 62.3 %; Fisher's exact test, $p<0.001$). Completers and non-completers showed no differences in the remaining

sociodemographic variables. As a result, a total of 369 women were included in the study: 193 non-abused women and 176 victims of IPV.

The sociodemographic characteristics of the study participants are summarized in Table 1. IPV victims, when compared with the control women, were older, more likely to be separated or divorced, had more children, a lower educational level, were more frequently unemployed, and had a monthly household income of less than 1,300 Euros (i.e., 1,750 U.S. dollars).

Procedure

A case-control, cross-sectional study was designed. The study protocol followed the ethics and safety recommendations of research in IPV required by the World Health Organization (2001). Before entering the study, all participants gave their written informed consent. The study protocol was approved by the Institutional Review Board. Two trained female clinical psychologists interviewed all of the women. The study consisted of a face-to-face semi-structured interview to collect sociodemographic data, their partner relationship, and its impact on their health. Moreover, they administered the Index of Spouse Abuse (ISA; Hudson and

McIntosh 1981), Beck Depression Inventory-II (BDI-II; Beck et al. 1996), and the Early Trauma Inventory-Short Form (ETI-SF; Bremner et al. 2007). In a second interview, the DAPP-BQ was administered. Each session took approximately 90 min, and their partners were not present in the assessment process.

Measures

A semi-structured interview was conducted that collected sociodemographic data, including age, immigrant status, education level, marital status, number of children, employment status, and monthly household income. Detailed information about abuse variables were also collected, including the different types of IPV (physical, psychological, and sexual), length of IPV (assessed retrospectively as start and stop times of IPV), and previous abusive relationships.

DAPP-BQ The DAPP-BQ (Livesley and Jackson 2009; Livesley et al. 1991) is a 290-item self-report questionnaire rated on a 5-point scale, ranging from 1 (*very unlike me*) to 5 (*very like me*). It was derived from the factorization of 100 personality pathology descriptors and has 18 traits: Submissiveness, Affective Liability, Anxiousness, Insecure

Table 1 Sociodemographic characteristics of the study sample

	IPV victims (n=176)		Controls (n=193)		χ^2 (df) or t (df)
	n or M	% or SD	n or M	% or SD	
Spanish nationality	160	90.9	176	91.2	0.01 (1)
Educational level					26.68 (2)***
Primary	78	44.3	47	24.4	
Secondary	69	39.2	72	37.3	
University	29	16.5	74	38.3	
Marital status					101.78 (2)***
Married	47	26.7	138	71.5	
Separated	94	53.4	15	7.8	
Single / other	35	19.9	40	20.7	
Number of children					22.99 (2)***
None	22	12.5	55	28.5	
1	55	31.3	73	37.8	
≥ 2	99	56.2	65	33.7	
Employment status					9.59 (3)*
Employed	104	59.1	127	65.8	
Unemployed	28	15.9	15	7.8	
Housewife	19	10.8	32	16.6	
Student / other	25	14.2	19	9.8	
Monthly household income					92.21 (2)***
< 1,300 eur.	88	50.9	16	8.4	
≈ 1,300 eur.	43	24.9	48	25.1	
> 1,300 eur.	42	24.3	127	66.5	
Age	40.0	10.8	37.9	9.3	2.03 (346)*

IPV intimate partner violence
*p<0.05 **p<0.01.
***p<0.001

Attachment, Cognitive Distortion, Identity Problems, Social Avoidance, Oppositionality, Narcissism, Stimulus Seeking, Callousness, Rejection, Conduct Problems, Restricted Expression, Intimacy Problems, Compulsivity, Suspiciousness, and Self-Harm. Previous studies that included the Spanish validation confirmed the reliability and validity of this instrument (Gutiérrez-Zotes et al. 2008; Van Hiel et al. 2004; van Kampen 2002). In our study, Cronbach's alpha ranged from 0.73 to 0.93. Conduct Problems and Self-Harm were seriously skewed, and hence, they were excluded from the analyses.

ISA The ISA (Hudson and McIntosh 1981) is a 30-item self-report inventory that measures the severity of physical and/or psychological abuse in an intimate relationship over the past year. It is rated on a 5-point scale ranging from 1 (*never*) to 5 (*very frequently*). Scoring includes the item calibration to obtain a more valid measure of the severity of abuse. Three different scores can be computed: ISA-P (Physical Abuse), ISA-NP (Non-Physical Abuse: emotional and sexual abuse), and ISA total score. All three scores range from 0 to 100, with higher scores suggestive of greater severity. The Spanish validation used has obtained optimal psychometric properties (Torres et al. 2010). The ISA total score was used in our study, instead of ISA-P and ISA-NP, due to high intercorrelations among the three scores (between 0.73 and 0.98). Coefficient alpha for the ISA total score was 0.98 in the present study.

ETI-SF The ETI-SF is a self-report measure that retrospectively assesses different childhood trauma. It is composed of 27 dichotomous items. The ETI-SF assesses general traumas, and physical, emotional, and sexual abuse. The scores for each domain were obtained by counting the number of endorsed items. The ETI-SF has been observed to show good internal consistency (Bremner et al. 2007). The Spanish version has showed acceptable internal consistency, good test-retest reliability, and adequate validity for detecting childhood abuse (Plaza et al. 2011). In the present study, cutoff scores for detecting physical, emotional, and sexual childhood abuse in Spanish women were used (Plaza et al. 2011).

BDI-II The BDI-II (Beck et al. 1996) is a 21-item self-report measure of depressive symptoms. Items are rated on a 4-point severity scale. Coefficient alpha for the scale was 0.85 in the present study. The total scores were obtained by adding the items, and ranged from 0 to 63. The scores can be clinically evaluated using the following cutoff score guidelines: 0–13=*minimal*, 14–19=*mild*, 20–28=*moderate*, and 29–63=*severe* depression. The Spanish validation has showed adequate psychometric properties (Sanz et al. 2003).

Data Analysis

Analyses were performed using the SPSS (version 18.0) software program. Measures of skewness and kurtosis, as well as the Kolmogorov-Smirnov test, were used to check the normal distribution of the data. Log-transformation of the length of IPV was necessary to achieve normality; therefore, the transformed variable was used for all analyses. All DAPP-BQ traits, except for Conduct Problems and Self-Harm, were normally distributed. As natural logarithmic or square-root transformations of the two DAPP-BQ traits did not produce a more normal distribution, these variables were excluded from the present analysis.

The Chi-square test and Student's *t*-test were used to compare the sociodemographic variables between victims of IPV and non-abused control women. The differences between victims of IPV and controls in the 16 personality traits were analyzed by means of multivariate analysis of covariance (MANCOVA) controlling for confounding variables that showed differences between the two samples. Based on significant multivariate differences, univariate analyses of covariance (ANCOVA) were performed for each individual trait, controlling for confounding variables. To assess whether personality differences were attributable to different levels of depression or if differences were masked as a result of state depression, analyses were performed first without controlling for depression severity (BDI-II), and subsequently, the analyses were repeated with the BDI-II score as a covariate. A Bonferroni-corrected alpha of $p < 0.0031$ (0.05/16) was used.

Associations between severity of IPV (ISA scores) and length and the 16 personality traits in the IPV victims were explored using Pearson's correlations. We ran subsequent partial correlations controlling for BDI-II and age.

Results

Differences Between Victims of IPV and Controls in Terms of Depressive Symptomatology and Abuse Variables

Table 2 shows mean scores of the BDI-II, ISA, and abuse characteristics for IPV victims and controls. Victims of IPV scored significantly higher than non-abused women on the BDI-II and the ISA. There was a history of childhood abuse in both groups. IPV victims, when compared to the control women, reported lower rates of physical childhood abuse (29.3 vs. 41.9 %), but higher rates of emotional childhood abuse (31.0 vs. 17.6 %). IPV victims and controls did not show significant differences in rates of sexual childhood abuse (23 vs. 20.3 %).

With regard to the type of IPV, all victims suffered from psychological IPV, 51.1 % suffered from physical IPV, and 18.8 % suffered from sexual IPV. Furthermore, 97.7 %

Table 2 Depressive symptomatology and abuse variables in victims and controls

	IPV victims (n=176)		Controls (n=193)		χ^2 (df) or <i>t</i> (df)
	n or M	% or SD	n or M	% or SD	
BDI-II	24.85	12.66	13.05	11.50	9.38 (367)***
ISA	42.91	21.56	2.72	4.31	24.28 (187)***
Childhood abuse					
Physical (ETI-SF physical \geq 2)	51	29.3	62	41.9	5.56 (1)*
Emotional (ETI-SF emotional \geq 3)	54	31.0	26	17.6	7.79 (1)**
Sexual (ETI-SF sexual \geq 1)	40	23.0	30	20.3	0.34 (1)
IPV					
Psychological	176	100.0			
Physical	90	51.1			
Sexual	33	18.8			
IPV during the last year					
Psychological	176	100.0			
Physical	60	34.1			
Sexual	17	9.7			
Currently cohabiting with the partner	54	30.7			
Number of abusive relationships					
1	156	88.6			
2	17	9.7			
3	3	1.7			
Length of abuse (years)	12.1	10.5			

IPV intimate partner violence; BDI-II beck depression inventory; ISA index of spouse abuse; ETI-SF early trauma inventory-short form
* $p < 0.05$. ** $p < 0.01$. *** $p < 0.001$

reported to have had cohabiting relationships with their abusive partner, while 30.7 % lived with him at the time of the assessment. The length of IPV spanned more than 12 years ($M = 12.1$ years, $SD = 10.5$), ranging from 5 months to 48 years. All IPV victims had experienced violence by their partner during the 12 months prior to their participation in the study.

Differences Between Victims of IPV and Controls in Terms of Personality Traits

We performed preliminary MANCOVA analyses only with the control variables. Marital status, number of children, employment status, and income were not significant factors for personality traits. Furthermore, neither physical nor emotional abuse in childhood was associated with personality traits. Therefore, we only included age and education level as control variables. Subsequently, we included depressive symptoms (BDI-II).

Table 3 shows the raw scores for DAPP-BQ traits in IPV victims and controls. The fifth column reports the results from univariate analyses without controlling for depressive symptoms. The sixth column reports the results from univariate analyses including the BDI-II scores as a covariate. The first MANCOVA analysis revealed a significant main effect for group (IPV vs. control women) in personality,

$F(16, 350) = 6.35, p < .001$; partial $\eta^2 = 0.23$. Univariate analyses revealed significant differences in the majority of traits of Emotional Dysregulation and Inhibition (Table 2). The MANCOVA analysis controlling for depressive symptoms also revealed a significant main effect for group (IPV vs. control women) in personality, $F(16, 348) = 4.41, p < 0.001$; partial $\eta^2 = 0.17$. After controlling for depressive symptoms, univariate analyses revealed that IPV victims scored higher than controls only on Intimacy Problems, $F(1, 363) = 13.39, p < 0.001$; partial $\eta^2 = 0.04$. The IPV victims scored lower than the controls on Rejection, $F(1, 363) = 11.66, p = 0.001$; partial $\eta^2 = 0.03$. Furthermore, after controlling for depressive symptoms, the differences between victims of IPV and controls with regard to Emotional Dysregulation traits were not significant.

Association Between Personality Traits and Abuse Variables

The correlations between the 16 DAPP-BQ traits and severity (ISA) and length of IPV are shown in Table 4. The severity of IPV was positively associated with Cognitive Distortion, Intimacy Problems, Restricted Expression, and Suspiciousness. These differences remained significant after controlling for depressive symptoms (BDI-II). On the other hand, the length of IPV was inversely associated with Rejection after controlling for age.

Table 3 Mean raw scores of the DAPP-BQ traits in victims and controls

DAPP-BQ	α	IPV victims ($n=176$)		Controls ($n=193$)		Univariate analyses	
		M^a	SD	M^a	SD	$F(1, 363)^b$	$F(1, 363)^c$
Emotional Dysregulation							
Submissiveness	0.89	45.8	11.7	38.7	11.9	30.34*	4.09
Affective Lability	0.88	49.3	11.9	44.6	13.6	9.56*	1.92
Anxiousness	0.93	51.8	13.7	44.7	15.7	18.92*	0.30
Insecure Attachment	0.91	49.5	14.0	46.5	14.1	1.20	3.50
Cognitive Distortion	0.90	42.2	13.2	33.5	12.6	32.27*	0.96
Identity Problems	0.92	47.0	13.6	36.8	14.1	33.89*	0.06
Social Avoidance	0.89	42.9	12.3	37.2	12.8	14.82*	0.02
Suspiciousness	0.90	37.0	12.1	30.0	10.6	24.08*	1.41
Narcissism	0.87	42.6	11.0	40.0	11.4	9.18*	1.11
Oppositionality	0.85	41.4	11.1	38.0	11.7	6.38	3.78
Dissocial Behavior							
Stimulus Seeking	0.81	36.4	9.6	34.1	9.5	5.92	2.42
Callousness	0.73	29.8	7.4	27.7	7.3	4.51	0.17
Rejection	0.79	36.5	9.0	38.6	9.0	3.44	11.66*
Inhibition							
Restricted Expression	0.85	43.1	10.8	37.7	11.6	14.04*	0.37
Intimacy Problems	0.82	38.5	10.6	31.0	8.3	35.91*	13.39*
Compulsivity							
Compulsivity	0.86	56.3	10.9	55.4	10.9	0.00	0.64

DAPP-BQ dimensional assessment of personality pathology-basic questionnaire; IPV intimate partner violence

^a Cell values represent unadjusted means and standard deviations

^b Adjusted for age and education

^c Adjusted for scores on Beck Depression Inventory (BDI-II), age, education

* $p < 0.0031$ (reflects Bonferroni correction)

Discussion

Higher scores in Intimacy Problems personality traits and lower scores in Rejection were highly associated in women with IPV after controlling for depressive symptoms in a case-control study. The severity of IPV of women was a predictor factor for Intimacy Problems, Cognitive Distortion, Suspiciousness, and Restricted Expression personality traits. Interestingly, the length of IPV was associated with lower Rejection.

In our study, when victims of IPV were compared with the controls, after controlling for depression symptoms, few DAPP-BQ personality traits differences were found, except in the case of Intimacy Problems and Rejection. The results partially match with our hypothesis of higher scores on Inhibition traits (Intimacy Problems), but fail to support the hypothesis of higher Emotional Dysregulation traits. There are no previous studies assessing DAPP-BQ personality traits in IPV to compare our results. However, these findings did not support studies showing associations

between IPV victimization and a broad range of specific PDs (Back et al. 1982; Gleason 1993) and PD symptoms (Cogan and Porcerelli 1996; Coolidge and Anderson 2002; Estrellado 2010; Pérez-Testor et al. 2007; Pico-Alfonso et al. 2008). One possible reason is that depression symptoms may account for the large differences in personality traits found in previous studies, specifically in traits of Emotional Dysregulation. A recent population-based study showed that depression is the major mental health sequel of IPV (Bonomi et al. 2009), and it is possible that certain personality traits may be modulated by current depressive symptomatology, reflecting temporary states. Another possible reason may be the effect of the characteristics of the abuse in our sample (duration, severity, number or abusive relationships, or childhood abuse). Our IPV sample included a wide range of IPV severity ($M_{ISA}=43$, ISA range: 10–95), with higher personality disturbance in the most severely abused women. Our IPV sample was chronically abused (12 years), and almost 90 % had a single abusive relationship. A previous study found differences in PD symptoms only in a

Table 4 Correlations between DAPP-BQ traits and intensity and length of the abuse in the group of victims (n=176)

DAPP-BQ	ISA		Length of the abuse	
	<i>r</i>	Partial <i>r</i> ^a	<i>r</i>	Partial <i>r</i> ^b
Emotional Dysregulation				
Submissiveness	0.03	0.01	-0.05	0.06
Affective Lability	0.01	-0.03	-0.09	-0.04
Anxiousness	0.04	0.00	-0.01	0.08
Insecure Attachment	0.14	0.13	-0.11	0.05
Cognitive Distortion	0.19*	0.17*	0.01	0.05
Identity Problems	0.10	0.05	0.07	0.07
Social Avoidance	0.06	0.03	-0.05	-0.02
Suspiciousness	0.27***	0.26**	-0.11	0.03
Narcissism	0.09	0.08	-0.17*	-0.07
Oppositionality	-0.02	-0.07	-0.08	-0.04
Dissocial Behavior				
Stimulus Seeking	-0.03	-0.03	-0.18*	-0.14
Callousness	0.12	0.11	-0.09	0.03
Rejection Inhibition	-0.04	-0.06	-0.18*	-0.16*
Restricted Expression	0.17*	0.15*	-0.04	0.03
Intimacy Problems	0.18*	0.17*	0.20**	0.08
Compulsivity				
Compulsivity	0.03	0.02	0.11	0.03

DAPP-BQ dimensional assessment of personality pathology-basic questionnaire; ISA index of spouse abuse; Length length of the abuse
^a Partial correlation controlled for scores on Beck Depression Inventory (BDI-II) between DAPP-BQ traits and ISA. ^b Partial correlation controlled for age between DAPP-BQ traits and length of the abuse
 p*<0.05. *p*<0.01. ****p*<0.001

group with multiple abusive relationships (Coolidge and Anderson 2002). Finally, our IPV sample had lower rates of childhood abuse as compared to other studies (40–50 %, Pico-Alfonso et al. 2008); although in our study childhood abuse was not a significant factor for personality traits.

Results suggest that only DAPP-BQ traits of Intimacy Problems (i.e., the tendency to reflect difficulties with, and fear and avoidance of, intimacy and close attachments, as well as difficulties with sexual behavior) and Rejection (i.e., the tendency to show hostility and domination) continued to present significant differences in women victims of IPV, when compared with controls. Intimacy Problems is one of the marker traits of schizoid PD (Livesley and Jackson 2009). This trait was found to be inversely related to Extraversion (van Kampen 2002), and it is hence, probably associated with the socially withdrawn component of schizotypal or avoidant PD. This result is consistent with the higher prevalence of schizoid and avoidant PD traits

found in victims of IPV (Pico-Alfonso et al. 2008; Watson et al. 1997). Intimacy Problems were also related to other interpersonal victimizations, such as sexual trauma in either childhood or adulthood (Wonderlich et al. 2001). Lower scores in Rejection are consistent with previous studies that used the Buss-Burkee Hostility-Guilt Inventory, which found IPV women to be more passive than those who had not experienced IPV (Rhodes and McKenzie 1998).

Severity and length of IPV were predictors for different personality traits, supporting a dose-response effect that suggests that the personality disturbance was reactive to violence (Khan et al. 1993; Rollstin and Kern 1998). However, our results indicated that the severity of IPV was more predictive of psychological disturbance than the length of IPV, consistent with previous studies that also found an association between severity of IPV and the average clinical MMPI-II scores (Khan et al. 1993). Moreover, previous research also suggested that the severity of abuse may be one of the strongest predictors of trauma symptoms (Clemmons et al. 2007; Golding 1999). As the severity of IPV increased, the severity of Cognitive Distortion, Intimacy Problems, Suspiciousness, and Restricted Expression was also found to increase, even after controlling for depressive symptoms. These personality traits are partially in accordance with the six areas of alterations proposed for CPTSD/DENOS (Herman 1992; Pelcovitz et al. 1997), suggesting some overlap between these areas of functioning and the DAPP-BQ traits. On the one hand, Cognitive Distortion could correspond to *alterations in attention and consciousness*. Elevation of this trait suggests disorganized thinking, feelings of confusion, logical thinking and problem-solving impairment, dissociation, depersonalization, and derealization. Consistent with this finding, elevations have been found in the MMPI-II scale 8 (Schizophrenia), which also includes disorganized thinking and confusion, as well as in dissociation scales in abused women (Dorahy et al. 2007; Khan et al. 1993). On the other hand, Intimacy Problems, Restricted Expression, and Suspiciousness could be correlated with *alterations in relation with others*. Elevations in these scales suggest that self-disclosure, emotional expression, interpersonal trust, and assertiveness may all be negatively influenced by the severity of IPV. This is consistent with empirical studies that found elevations in Avoidant, Schizoid, and Paranoid scales in IPV women (Coolidge and Anderson 2002; Khan et al. 1993; Pico-Alfonso et al. 2008).

Women victims of IPV are exposed to disapproval, criticism, isolation, threat of injury, and real injury. They may develop significant and persistent difficulties with the fear of closeness, affect restriction, inhibition of expression, hypervigilance, mistrust of others, and asserting their needs in interpersonal relationships, which are normative reactions under circumstances of dangerous and unpredictable partner behaviors. Thus, all these behaviors may be understood as a

defense mechanism used by women victims of IPV to protect themselves from greater aggression, to reduce reprisals on the part of the abuser, to adapt to the situation, and to ensure their self-preservation and that of their children. There are animal models that could help us to understand the mechanisms underlying the long-term psychological effects of chronic interpersonal trauma and have linked certain survival behaviors (similar to the ones observed in battered women) with CPTSD. For example, from an evolutionary point of view, a mammalian defense, conceptualized as appeasement, which is essential for survival, has been observed in subordinate primates (Cantor and Price 2007).

The current findings suggest several clinical implications. Firstly, we would like to emphasize that commonly identified personality characteristics of IPV victims (i.e., low self-esteem, helplessness, shame, self-blame, submissiveness, affective lability), could correspond to depression-related personality traits. In this regard, depression-related symptoms interfere with the victims' ability to seek help (Campbell et al. 1996). However, if depressive symptoms are adequately identified, they can be effectively treated with psychopharmacological and/or psychological therapies. Secondly, results regarding intimacy problems can give some clues so as to apply psychological interventions that address concerns related to battered women's tendency towards interpersonal distance and emotional withdrawal, increasing their social interaction and helping them to gain trust in the therapist. Thirdly, results regarding low rejection (i.e., low hostility and domination) may support the implementation of psychological therapies based on assertiveness training and empowerment (Walker 2009). Finally, the personality traits associated with severity of IPV (including the tendency to dissociation and relationship problems) overlaps with several features of CPTSD. This result may support the implementation of psychological interventions such as a cognitive behavioral treatment based on Herman's (1992) stage approach, specifically designed for residents of battered women's shelters, in the most severely abused women (Johnson et al. 2011).

The study has some limitations and strengths. The present cross-sectional design limits the establishment of the causal interpretations that can be drawn. Future prospective studies will be needed to answer the temporary or permanent changes produced by the IPV. Research suggests that certain personality disturbances in IPV could be a part of the stress-related disorder spectrum (Pico-Alfonso et al. 2008). However, to our knowledge, no prospective studies have tested the hypothesis of personality changes after chronic interpersonal traumas, although a longitudinal study found changes in personality traits after extremely adverse life events in a population-based sample (Löckenhoff et al. 2009). Moreover, current PTSD

and DESNOS have not been assessed. We are also aware that due to the case-sample size, the statistical power is low. On the other hand, our sample of IPV women was predominantly composed of low-income, treatment-seeking women, which may limit the generalizability of the findings. Because of the small number of women victims of IPV, it was not possible to control for additional participant characteristics (e.g., women's number of intimate partner abusers). The strengths of the study include that women were selected specifically at an outpatient abuse women's center, and the use of questionnaires of depression, personality, childhood abuse, and severity of IPV with a high level of reliability and validity.

In summary, the results of this study provide preliminary empirical evidence suggesting that IPV women appear to have only modest differences in their psychological presentation, when compared with non-abused women in DAPP-BQ, after controlling for depressive symptoms. Our results suggest that the relationship between the severity of IPV and the presence of personality traits can be partially understood as reflecting CPTSD, consistent with a dose-response relationship. However, only future prospective studies can provide convincing evidence on this matter. In addition, further empirical studies with the structured interview for CPTSD or DESNOS are needed to confirm this possibility.

References

- Back, S. M., Post, R. D., & D'Arcy, G. (1982). A study of battered women in a psychiatric setting. *Women and Therapy, 1*, 13–26. Retrieved from http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J015V01N02_03.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). *Beck depression inventory* (2nd ed.). San Antonio: The Psychological Corporation.
- Bennice, J. A., Resick, P. A., Mechanic, M., & Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on post-traumatic stress disorder symptomatology. *Violence and Victims, 18*, 87–94. doi:10.1891/vivi.2003.18.1.87.
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Rivara, F. P., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2009). Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Archives of International Medicine, 169*, 1692–1697. doi:10.1001/archinternmed.2009.292.
- Bremner, J. D., Bolus, R., & Mayer, E. A. (2007). Psychometric properties of the early trauma inventory-sclf report. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 211–218. doi:10.1097/01.nmd.0000243824.84651.6c.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. M., & Kacmmer, B. (1989). *Minnesota multiphasic personality inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet, 359*, 1331–1336. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8.
- Campbell, J. C., Kub, J. E., & Rosc, L. (1996). Depression in battered women. *Journal of the American Medical Women's Association,*

- 51, 106–110. Retrieved from <http://hawaii.edu/hivandaids/Depression%20in%20Battered%20Women.pdf>.
- Cantor, C., & Price, J. (2007). Traumatic entrapment, appeasement and complex post-traumatic stress disorder: evolutionary perspectives of hostage reactions, domestic abuse and the Stockholm syndrome. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 41*, 377–384. doi:10.1080/00048670701261178.
- Clenmons, J. C., Walsb, K., DiLillo, D., & Messman-Moore, T. L. (2007). Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreatment, 12*, 172–181. doi:10.1177/1077559506298248.
- Cloitre, M., Stolbach, B. C., Herman, J. L., Kolk, B. V., Pynoos, R., Wang, J., et al. (2009). A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 399–408. doi:10.1002/jts.20444.
- Cogan, R., & Porcerelli, J. H. (1996). Object relations in abusive partner relationships: an empirical investigation. *Journal of Personality Assessment, 66*, 106–115. Retrieved from <http://www.personality.org/journal.php>.
- Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W. S., Richardson, J., Moorey, S., & Feder, G. (2003). Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care attenders. *The British Journal of Psychiatry, 183*, 332–339. doi:10.1192/bjp.183.4.332.
- Coolidge, F. L. (1993). *Coolidge axis II inventory: Manual*. Clermont: Synergistic Office Solutions.
- Coolidge, F. L., & Anderson, L. W. (2002). Personality profiles of women in multiple abusive relationships. *Journal of Family Violence, 17*, 117–131. doi:10.1023/A:1015005400141.
- Costa, P. T., Jr., Bagby, R. M., Herbst, J. H., & McCrae, R. R. (2005). Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *Journal of Affective Disorders, 89*, 45–55. doi:10.1016/j.jad.2005.06.010.
- Danielson, K. K., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Silva, P. A. (1998). Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *The American Journal of Psychiatry, 155*, 131–133. Retrieved from <http://ajp.psychiatryonline.org>.
- Davins, M., Pérez, C., Salamero, M., & Castillo, J. A. (2012). Personality profiles in abused women receiving psychotherapy according to the existence of childhood abuse. *Journal of Family Violence, 27*, 87–96. doi:10.1007/s10896-011-9407-z.
- Dorahy, M. J., Lewis, C., & Wolfe, F. A. M. (2007). Psychological distress associated with domestic violence in Northern Ireland. *Current Psychology, 25*, 295–305. doi:10.1007/BF02915237.
- Estrellado, A. F. (2010). Assessing the personality profile of battered women. *The Assessment Handbook, 4*, 58–76. Retrieved from http://www.pemca.org/docs/V4_1_AH.pdf.
- García-Esteve, L., Torres, A., & Imaz, M. L. (2010). Abordaje diagnóstico de los trastornos mentales asociados al maltrato [Diagnostic approach to mental diseases associated with maltreatment]. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria, 17*, 449–459. Retrieved from <http://www.sciencedirect.com/science/journal/11342072/17/7>.
- Gellen, M. I., Hoffman, R. A., Jones, M., & Stone, M. (1984). Abused and non-abused women: MMPI profile differences. *Personnel & Guidance Journal, 6*, 601–603. doi:10.1111/j.2164-4918.1984.tb00134.x.
- Gleason, W. J. (1993). Mental disorders in battered women: an empirical study. *Violence and Victims, 8*, 53–68. Retrieved from <http://www.ingentaconnect.com/content/springer/vav>.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14*, 99–132. doi:10.1023/A:1022079418229.
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Gutiérrez, F., Valero, J., Gallego, E., Baillés, E., Torres, X., et al. (2008). Structure of personality pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPP-BQ. *Journal of Personality Disorders, 22*, 389–404. doi:10.1521/pedi.2008.22.4.389.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1943). *Minnesota multiphasic personality schedule*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377–391. doi:10.1002/jts.2490050305.
- Hernandez, A., Gutiérrez, F., Valero, J., Gárriz, M., Labad, A., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2009). A genetic-behavioral alternative to the personality disorders: the Livesley dimensional model. *Actas Españolas de Psiquiatría, 37*, 174–182. Retrieved from <http://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/10/57/ENG/10-57-ENG-174-183-232060.pdf>.
- Hudson, W. W., & McIntosh, S. R. (1981). The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and Family, 43*, 873–888. doi:10.2307/351344.
- Jang, K. L., Stein, M. B., Taylor, S., Asmundson, G. J., & Livesley, W. J. (2003). Exposure to traumatic events and experiences: etiological relationships with personality function. *Psychiatry Research, 120*, 61–69. doi:10.1016/S0165-1781(03)00172-0.
- Johnson, D. M., Zlotnik, C., & Perez, S. (2011). Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: result of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79*, 542–551. doi:10.1037/a0023822.
- Khan, F. I., Welch, T. L., & Zillmer, E. A. (1993). MMPI-2 profiles of battered women in transition. *Journal of Personality Assessment, 60*, 100–111. doi:10.1207/s15327752jpa6001_7.
- Kool, S., Dekker, J., Duijnsens, I. J., de Jonghe, F., & Puite, B. (2003). Changes in personality pathology after pharmacotherapy and combined therapy for depressed patients. *Journal of Personality Disorders, 17*, 60–72. doi:10.1521/pedi.17.1.60.24058.
- Larsen, R. J., & Buss, D. M. (2005). *Personality psychology: Domains of knowledge about human nature* (2nd ed.). New York: McGraw Hill.
- Livesley, W. J. (2011). An empirically-based classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 25*, 397–420. doi:10.1521/pedi.2011.25.3.397.
- Livesley, W. J., & Jackson, D. N. (2009). *Dimensional assessment of personality pathology-basic questionnaire: Technical manual*. Port Huron: Sigma Press.
- Livesley, W. J., Jackson, D. N., & Schroeder, M. L. (1991). Dimensions of personality pathology. *Canadian Journal of Psychiatry, 36*, 557–562. Retrieved from <http://publications.cpa-apc.org/browse/sections/0>.
- Löckenhoff, C. E., Terracciano, A., Patrieiu, N. S., Eaton, W. W., & Costa, P. T., Jr. (2009). Self-reported extremely adverse life events and longitudinal changes in five-factor model personality traits in an urban sample. *Journal of Traumatic Stress, 22*, 53–59. doi:10.1002/jts.20385.
- Miller, M. W., & Resick, P. A. (2007). Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: implications for the understanding of complex PTSD. *Behavioral Therapy, 38*, 58–71. doi:10.1016/j.beth.2006.04.003.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: Manual for the MCMI-II* (2nd ed.). Minneapolis: National Computer Systems.
- Morrell, J. S., & Rubin, L. J. (2001). The Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2, posttraumatic stress disorder, and woman domestic violence survivors. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*, 151–156. doi:10.1037/0735-7028.32.2.151.
- Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., & Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorder of extreme stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*, 3–16. doi:10.1023/A:1024800212070.
- Pérez-Testor, C., Castillo, J. A., Davins, M., Salamero, M., & San-Marino, M. (2007). Personality profiles in a group of battered

- women: clinical and care applications. *Journal of Family Violence*, 22, 73–80. doi:10.1007/s10896-006-9057-8.
- Pico-Alfonso, M. A., Echiburúa, E., & Martínez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23, 577–588. doi:10.1007/s10896-008-9180-9.
- Plaza, A., Torres, A., Martín-Santos, R., Gelabert, E., Imaz, M. L., Navarro, P., et al. (2011). Validation and test-retest reliability of early trauma inventory in Spanish postpartum women. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199, 280–285. doi:10.1097/NMD.0b013c31821245b9.
- Plichta, S. B. (1996). Violence, health and use of health services. In M. M. Falik & K. S. Collins (Eds.), *Women's health and care seeking behavior: The commonwealth fund survey* (pp. 237–270). Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Rhodes, N. R., & McKenzie, E. B. (1998). Why do battered women stay?: three decades of research. *Aggression and Violent Behavior*, 3, 391–406. doi:10.1016/S1359-1789(97)00025-6.
- Rollstin, A. O., & Kern, J. M. (1998). Correlates of battered women's psychological distress: severity of abuse and duration of the postabuse period. *Psychological Reports*, 82, 387–394. doi:10.2466/PRO.82.2.387-394.
- Rosewater, L. B. (1987). A critical analysis of the proposed self-defeating personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 1, 190–195. doi:10.1521/pedi.1987.1.2.190.
- Roth, S., Newman, E., Pelcovitz, D., van der Kolk, B., & Mandel, F. S. (1997). Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV field trial for posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 539–555. doi:10.1023/A:1024837617768.
- Sansone, R., Reddington, A., Sky, K., & Wiederman, M. (2007). Borderline personality symptomatology and history of domestic violence among women in an internal medicine setting. *Violence and Victims*, 22, 120–126. doi:10.1891/vv-v22i1a008.
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en población general [The Spanish adaptation of Beck's Depression Inventory-II (BDI-II): Psychometric properties in the general population]. *Clínica y Salud*, 14, 249–280. Retrieved from <http://www.copmadrid.es/webcoprn/resource.do>.
- Torres, A., Navarro, P., García-Esteve, L., Tarragona, M. J., Ascaso, C., Herreras, Z., et al. (2010). Detecting domestic violence: Spanish external validation of the index of spouse abuse. *Journal of Family Violence*, 25, 275–286. doi:10.1007/s10896-009-9290-z.
- Van Hiel, A., Mervielde, I., & de Fruyt, F. (2004). The relationship between maladaptive personality and right wing ideology. *Personality and Individual Differences*, 36, 405–417. doi:10.1016/S0191-8869(03)00105-3.
- van Kampen, D. (2002). The DAPP-BQ in the Netherlands: factor structure and relationship with basic personality dimensions. *Journal of Personality Disorders*, 16, 235–254. doi:10.1521/pedi.16.3.235.22536.
- Walker, L. E. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy*, 28, 21–29. doi:10.1037/0033-3204.28.1.21.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54, 21–29. doi:10.1037/0003-066X.54.1.21.
- Walker, L. E. (2009). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.
- Watson, C. G., Barnett, M., Nikunen, L., Schultz, C., Randolph-Elgin, T., & Mendez, C. M. (1997). Lifetime prevalences of nine common psychiatric/personality disorders in female domestic abuse survivors. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 645–647. doi:10.1097/00005053-199710000-00011.
- Women's Institute. (2006). *Macroencuesta violencia contra las mujeres* [Macro-survey violence against women]. Retrieved from <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=10>
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K., Smyth, J. M., Redlin, J., et al. (2001). Sexual trauma and personality: developmental vulnerability and additive effects. *Journal of Personality Disorders*, 15, 496–504. doi:10.1521/pedi.15.6.496.19193.
- World Health Organization. (2001). *Putting women's safety first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women*. Geneva, Switzerland: Author.
- Zucker, M., Spinazzola, J., Blaustein, M., & van der Kolk, B. A. (2006). Dissociative symptomatology in posttraumatic stress disorder and disorders of extreme stress. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7, 19–31. doi:10.1300/J229v07n01_03.

3.4. Artículo 4. Partner Violence Entrapment Scale: Development and Psychometric Testing

3.4.1. Resumen

3.4.1.1. Objetivo

Evaluar los motivos percibidos de permanencia en la situación de la VP. Específicamente:

- a) Desarrollar un instrumento de medida de los motivos percibidos de permanencia en la situación de VP: Escala de Bloqueo de la Huida en Situaciones de Maltrato.
- b) Estudiar sus propiedades psicométricas en una muestra de mujeres víctimas de VP.
- c) Analizar la asociación entre los factores identificados en la escala y variables sociodemográficas, clínicas, y de la VP.
- d) Explorar la asociación entre los factores identificados y la situación actual de permanencia.

3.4.1.2. Método

La muestra se compuso de 213 mujeres víctimas de VP reclutadas consecutivamente de un servicio especializado de atención a la VP. Todas las mujeres eran mayores de 18 años. Todas las mujeres eran víctimas de VP psicológica, el 56,8% había sufrido también VP física, y el 20,7% VP sexual. La duración media de la relación fue de 12,9 años, con un rango entre 12 meses y 48 años. Todas las mujeres habían experimentado VP en algún momento durante los 12 meses previos a entrar en el estudio. El 29,8% de las mujeres se encontraba en situación de permanencia con el maltratador.

La Escala de Bloqueo de la Huida en Situaciones de Maltrato es una escala inicialmente de 44 ítems de valoración dicotómica. Incluye motivos percibidos de permanencia personales y situacionales. Los situacionales incluyen ítems sobre dificultades económicas, falta de apoyo, falta de recursos, necesidades de los hijos, miedo al daño, y ítems relacionados con la edad y el estado de salud. Los motivos personales incluyen creencias y sentimientos de la víctima, y

síntomas cognitivos y disociativos. La escala se diseñó en base a la escala publicada previamente³¹², factores asociados a la permanencia identificados en la literatura^{293,311}, opiniones de profesionales y expertos, y entrevistas con víctimas de VP. La escala se administró a un grupo piloto de 10 víctimas de VP para valorar su comprensibilidad. Posteriormente se aplicó a la muestra de estudio quien tuvo que responder retrospectivamente en cuanto a los motivos de bloqueo de la huida.

También se administró el *Index of Spouse Abuse (ISA)*¹²³ para la medición del abuso físico (ISA-P) y no físico (ISA-NP), el *Psychological Maltreatment of Women Inventory – short form (PMWI-SF)*¹³⁷ para la medición de la dominancia/aislamiento (D/A) y del abuso emocional/verbal (E/V), el *Beck Depression Inventory – second edition (BDI-II)*³¹⁹, para la medición de la sintomatología depresiva, y una entrevista en que se obtuvo información respecto a la VP y datos sociodemográficos.

Para los análisis estadísticos se emplearon el paquete SPSS v.18 y MPlus v.3³²³, éste último para la realización de análisis factorial exploratorio (AFE) para datos dicotómicos. Sobre la matriz de correlaciones tetracóricas se usó un estimador robusto de mínimos cuadrados ponderados (WLSMV) para la extracción de factores, que fueron rotados mediante rotación varimax y promax. Se determinó el número de factores mediante la inspección del *scree plot* y el criterio de interpretabilidad. Se analizó la validez interna mediante el índice *KR20* y correlaciones biserial-puntuales corregidas. Las puntuaciones en cada subescala obtenida se obtuvieron sumando los ítems positivos. Se estudió la relación entre subescalas mediante correlación de Spearman. La relación entre las puntuaciones en las subescalas y las diferentes variables se analizó mediante correlaciones de Spearman para variables continuas y Man-Whitney y Kruskal-Wallis para variables categóricas.

3.4.1.3. Resultados

Se escogió la solución de 6 factores en el AFE, que explicaba el 60,6% de la varianza, en base al criterio de interpretabilidad psicológica. El primer factor explicó el 24,6% de la varianza, mientras que el resto de factores explicó el 11,4%, 8,9%, 6,7%, 4,6% y 4,3% de la varianza. Ocho ítems tuvieron cargas factoriales inferiores a 0,40, por lo que fueron eliminados, obteniéndose una versión final de 36 ítems. Los factores hallados fueron: *problemas socioeconómicos (PS)*, *apego y miedo al abandono (AM)*, *culpabilización y resignación (CS)*, *impacto en los hijos (IH)*, *miedo al daño y preocupación por la pareja (MD)*, y *sensación de confusión (SC)*. Los coeficientes de fiabilidad oscilaron entre 0,70 y 0,78.

Las subescala PS se asoció al nivel educativo (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 10,45$, $df = 2$, $p = 0,005$), estado civil (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 12,78$, $df = 2$, $p = 0,002$), y empleo (Kruskal-Wallis

$\chi^2 = 16,57$, $df = 1$, $p < 0,001$). Las mujeres con menor nivel educativo o desempleadas puntuaron más en la subescala PS, mientras que las mujeres solteras puntuaron menos en la subescala PS. Las mujeres con hijos puntuaron más en la escala IH (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 38,86$, $df = 1$, $p < 0,001$). Las puntuaciones altas en IH se asociaron a mayores puntuaciones en ISA-NP y en la escala E/V del PMWI-SF. Las puntuaciones altas en MD y SC se asociaron a mayores puntuaciones en todas las escalas de intensidad de la VP, mientras que la escala SC también se asoció a mayores puntuaciones en el BDI-II.

Las mujeres que se mantenían en la relación puntuaron menos que las que no se mantenían en MD ($U = 3574$, $p = 0,03$, $r = 0,15$), y SC ($U = 3588$, $p = 0,04$, $r = 0,15$).

3.4.1.4. Conclusión

La escala de Bloqueo de la Huida en Situaciones de Maltrato es una escala que mide los motivos percibidos de permanencia en una situación de maltrato de rápida aplicación en cualquier contexto, fácil comprensibilidad, y adecuadas propiedades psicométricas. Puede ser un instrumento útil en el desarrollo e implementación de estrategias de intervención psicológicas o sociales adecuadas a cada caso. Su validez, fiabilidad y estructura factorial deberían replicarse en otras muestras y poblaciones.

3.4.2. Manuscrito sometido a publicación en Journal of Family Violence

Partner Violence Entrapment Scale: Development and Psychometric Testing

Anna Torres, Purificación Navarro, Fernando Gutiérrez, M Jesús Tarragona, M Luisa Imaz, Carlos Ascaso, Zoe Herreras, Manuel Valdés, Lluïsa Garcia-Esteve

Abstract

This article describes the development and testing of the psychometric properties of the Partner Violence Entrapment Scale (PVES), an instrument that evaluates the women's perceived reasons for staying in violent partner relationships. After initial pilot testing the scale was administered to 213 Spanish women who were victims of intimate partner violence (IPV). An exploratory factor analysis identified six factors: Socio-Economic Problems, Attachment and Fear of Loneliness, Blaming Oneself and Resignation, Impact on Children, Fear of Harm and Worry for the Partner, and Feelings of Confusion. Discriminant validity was established by demonstrating associations between PVES factors and socio-demographic, clinical and abuse variables. The scale appears to be a useful assessment tool for social and clinical settings. Its factor structure, reliability, and validity need to be replicated in other populations and samples.

Keywords: battered women, remaining in an abusive relationship, domestic violence, perceived reasons, scale development, partner violence

Introduction

The stay/leave decision process among battered women has attracted a considerable amount of research attention. The stay/leave decision is the most important and difficult choice that women victim of intimate partner violence (IPV) may face (Lerner & Kennedy, 2000). In fact, it has been estimated that IPV women return an average of 3-4 times (Walker, 1994), while the average relationship duration of women who seek help spans more than twelve years (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta & Sarasua, 2002). The process of separation is a stressful life event regardless of partner violence, but it becomes qualitatively different in the context of victimization, with multiple barriers to leaving (Walker, Logan, Jordan & Campbell, 2004). At the same time, contrary to misconceptions about IPV, most women in violent relationships do leave, and violence is associated with increased likelihood of separation (Walker et al., 2004). Leaving an abusive partner is better understood as a process rather than a dichotomous decision (Khaw & Hardesty, 2009). In this context, the Transtheoretical Model has been used to explain stay/leave decision-making process in abusive relationships, applying specifically the stages and the process of change, as well as the intervening variables -self-efficacy and decisional balance- to IPV women (Eckstein, 2011; Khaw & Hardesty, 2009; Lerner & Kennedy, 2000).

In light of the above, the more important concerns may be the internal and external barriers that make leaving the relationship more difficult; as well as the stay/leave perceived reasons, since these reasons may affect the decisional balance. The stay/leave perceived reasons are usually explored using a qualitative methodology approach, making it difficult the comparability between the studies. The goal of this study was to assess IPV women's perceived reasons to stay in violent relationship developing a standardized tool.

Several theories have been developed in an attempt to understand the factors that influence women's stay/leave decisions in violent relationships. Rhatigan et al. (2006) classified these theories into two groups: a) Theories that provides a general approach to decisional processes such as the investment model (Rusbult & Martz, 1995), or the reasoned action/planned behavior (Ajzen, 1985). These focus on common aspects to all people irrespective of violence exposure, and tend to be based on a rational evaluation of costs and benefits. b) Violence-specific theories such as learned helplessness (Walker, 1979), or traumatic bonding (Dutton & Painter, 1981), which focus more on individual variables, emphasizing the dynamics and negative consequences of partner violence on women's stay/leave decision-making behavior (Rhatigan, Street & Axom, 2006). The general theories and specially the investment model have shown considerable promise in predicting relationship termination decisions (Rhatigan, Street & Axom, 2006). However, the individual variables considered by violence-specific theories (e.g. psychological distress) could also affect how abused women evaluate the benefits and costs of relationship termination. Thus taking these individual variables into account might improve the

predictive capacity of the investment model (Edwards, Gidycz & Murphy, 2010). This suggests that integrating various and complementary stay/leave theories could maximize overall explanatory and predictive power (Strube, 1988). Moreover empirical evidence has shown that psychological and psychosocial variables are related to or predictive of women's stay/leave decisions in violent relationships, including the nature of the violence, woman's past abuse history, external resources, level of commitment and coping strategies (for a review, see Anderson & Saunders, 2003; Rhatigan, Street & Axom, 2006).

The decision to stay in violent relationships should be considered a health-related problem because of the potential physical and psychological harm associated with it (Hendy, Eggen, Gustitus, McLeod & Ng, 2003). For example, longer duration of IPV is associated with poor psychological well-being (Bonomi et al., 2006; Escribà-Agüir, Ruiz-Pérez, Montero-Piñar, Vives-Cases, Plazaola-Castaño, & Martín-Baena, 2010). For this reason, when women disclose abuse to their health professional, the latter tends to encourage them to leave (Morse, Lafleur, Fogarty, Mittal, & Cerulli, 2012). However, IPV women prefer a supportive, empathetic and nonjudgmental approach, which facilitates the women to progress at their own pace, and not to be pressured to leave the relationship (Feder, Hutson, Ramsay & Taket, 2006). Furthermore, ending the relationship does not necessarily end partner violence, in fact many IPV women are subject to escalated violence after leaving, it usually increases levels of psychological distress, and it is associated with secondary stressors involving multiple losses and altered responsibilities (Anderson & Saunders, 2003). Therefore, simply encourage to leave without targeting abused women unique needs is an unhelpful and potentially unsafe practice. A possible potential way to address these unique needs may be to detect women's perceived reasons to stay in violent relationship.

The study of women's stay/leave perceived reasons is an important area of study in relation to achieving more effective interventions for IPV, not least given the small beneficial impact of these interventions (Wathen & McMillan, 2003). Indeed, the development of tools for assessing the specific concerns that women experience when deciding whether or not to leave of a violent partner relationship would have wide utility in terms of identifying personal and situational barriers that make it difficult for them to leave. Furthermore, the use of validated tools would standardize the women's stay/leave perceived reasons, therefore making it easier to compare findings across studies.

To date, however, very few studies have used comprehensive and validated tools to examine women's stay/leave perceived reasons. In fact, we found just one scale that examines concerns related to the stay/leave decision process, namely the Decision to Leave Scale (DLS; Hendy et al., 2003). This is a 30-item scale grouped into seven subscales: Fear of Loneliness, Child Care Needs, Financial Problems, Social Embarrassment, Poor Social Support, Fear of Harm, and Hopes Things Change. The scale was developed with a large sample of college

women, as well as an additional sample of women in shelters. The seven-factor structure was confirmed in all samples, with the scale showing criterion validity between college and shelter women, as well as associations between subscale concerns and stay/leave decisions in violent relationships (Hendy et al., 2003). A limitation of the scale, however, is that its construction and the examination of its psychometric properties were conducted primarily with college women (92% of the sample), 83% of whom had no experience of violence and who presented low exposure to the factors measured by the scale. In other words, based on the investment model, college women showed low investment levels of cohabiting time, marriage or children (younger age, relationship duration no longer than four years, mostly unmarried and without children). Furthermore, in our opinion the DLS fails to include a number of relevant stay/leave perceived reasons that have been described in the literature and/or observed by therapists and professionals, for example, self-blame or the fear of change (O'Neill & Kerig, 2000). It also lacks certain individual variables from violence-specific theories, such as affective and cognitive effects (e.g. cognitive deficits, depressive or post-traumatic symptoms), which affect investment model variables, and consequently the women's stay/leave decisions (Edwards, Gidycz & Murphy, 2010; Rhatigan, Shorey & Nathanson, 2011).

In light of the above the aims of the present study were: (a) to develop a validated and comprehensive tool to evaluate women's perceived reasons to stay in violent partner relationships: the Partner Violence Entrapment Scale; (b) to examine its psychometric properties; (c) to associate the factors identified in this scale with socio-demographic, clinical and abuse variables (construct validity); and (d) to explore the association between factor scores and current relationship status ("known groups" validity).

Method

Participants

The participants were Spanish-speaking battered women aged 18 years or older, all of whom had been in an abusive relationship with a male within the previous year and involved in an abusive relationship for at least one year. Women were recruited consecutively from an outpatient battered woman's service between July 2005 and May 2008. Leaving the relationship is not required to be assisted in this outpatient battered woman's service. A total of 234 women were initially contacted to participate in the study. Five of them did not meet the inclusion criteria and 16 refused to participate. The final sample therefore comprised 213 women.

The mean age of participants was 39.8 years ($SD = 11.1$) and almost all of them were of Spanish origin (86.4%). Twenty-six per cent were married and 54.4% were divorced or in the process of divorce from the perpetrator. The majority of the women had completed only primary

education (45.5%), with 17.8% having attended university. Just over half of them were employed (57.3%), but they reported a monthly household income of less than 1300 Euros (54%). The majority of them had one or more children (85.9%). With regard to the type of intimate partner violence (IPV), all the women suffered from psychological IPV, 56.8% suffered from physical IPV, and 20.7% suffered from sexual IPV. Furthermore, 97.7% reported having cohabited with their abusive partner, and 28.6% were living with him at the time of assessment. The average duration of abusive relationships was 12.9 years ($SD = 10.8$), ranging from 12 months to 48 years. All the women had experienced violence by their partner at some point during the twelve months prior to their participation in the study. At the time of the assessment, 29.8% of them were still with their abusive partner (1.2% in a non-cohabiting relationship).

Measures

Partner Violence Entrapment Scale (PVES). This self-report scale comprising initially 44 dichotomous (true/false) items, plus a final open response question, was designed for the purposes of this study. The PVES assesses the woman's perceived reasons for becoming entrapped in violent partner relationships. The original scale was developed in Spanish. An English version was obtained after a translation and back-translation process (Table 1). The items assess both situational and psychological concerns. The situational concerns included: five items about financial difficulties, three about informal social support, two about professional social support, two about legal resources, four about children's needs, four about fear of harm, and two items about age and health status. The psychological concerns included: fourteen items about the victim's beliefs and feelings, such as self-blame, fear of change, fear of loneliness, religious convictions, embarrassment, or hope that the aggressor would change, and five items about cognitive/dissociative symptoms, such as feelings of unreality, feelings of confusion or problem-solving impairment. Finally, we added an item about drug/alcohol consumption.

Index of Spouse Abuse (ISA; Hudson & McIntosh, 1981). The ISA is a 30-item self-report inventory rated on a 5-point scale ranging from 1 = *never* to 5 = *very frequently*. It has three subscales: ISA-P (physical abuse), ISA-NP (non-physical abuse: emotional and sexual abuse), and ISA total score. The Spanish validation used here has been shown to have optimal psychometric properties in IPV women (Torres et al., 2010), as well as high concordance with other measures of IPV (Garcia-Esteve et al., 2011). Alpha coefficients ranged from 0.83 – 0.94 in the present study.

Psychological Maltreatment of Women Inventory – short form (PMWI-SF; Tolman, 1999). The PMWI-SF is a 14-item self-report inventory that measures the severity of

psychological abuse in an intimate relationship. It is rated on a 5-point Likert scale ranging from 1 = *never* to 5 = *very frequently*. It has two subscales: ‘dominance/isolation’ (D/I) and ‘emotional/verbal abuse’ (E/V). The Spanish validation of the PMWI-SF has shown excellent psychometric properties (Navarro et al., in press). In the present study both subscales showed good internal reliability (Cronbach’s alpha: D/I = 0.86 and E/V = 0.87).

Beck Depression Inventory – second edition (BDI-II; Beck et al., 1996). The BDI-II is a 21-item self-report measure of depressive symptoms. Items are rated on a 4-point severity scale. The Spanish validation has shown adequate psychometric properties (Sanz, Perdigon & Vazquez, 2003). The alpha coefficient for this scale in the present study was 0.85.

Semi-structured interview. A semi-structured interview was conducted in order to collect detailed information about abuse variables, including the different types of IPV (physical, psychological, and sexual) and the duration of IPV. Socio-demographic data were also gathered, including age, immigration status (where appropriate), educational level, marital status, number of children, employment status, and monthly household income.

Procedure

The 44 items of the PVES were developed for Spanish women based on a previously published scale (DLS; Hendy et al., 2003) and on relevant factors reported in the literature (Anderson & Saunders, 2003; Rhatigan, Street & Axom, 2006). The scale was subsequently enlarged and improved using the expert opinions of professionals and consultants who work with battered women, as well as through open interviews with victims of IPV. Researchers, professionals and consultants (psychologists, psychiatrists and social workers) met several times over a period of three months in order to reach an agreement on the final item content. Both experts and victims of IPV identified cognitive and emotional problems as barriers to leaving the abusive relationship, and items related to such reasons were therefore included. The questionnaire was administered to a pilot sample of ten women to test its viability and comprehensibility.

The study protocol followed the ethics and safety recommendations required by the World Health Organization (2001) for research on IPV, and it was approved by the local Institutional Review Board. All participants gave their written informed consent prior to entering the study. Two trained female clinical psychologists conducted face-to-face semi-structured interviews with the women in order to collect socio-demographic data, details of their partner relationship and its impact on their health. The psychologists also administered the ISA (Hudson & McIntosh, 1981), the PMWI-SF (Tolman, 1999) and the BDI-II (Beck et al., 1996). Finally, participants completed the PVES. Women were asked to indicate retrospectively the

presence/absence of each factor in relation to their reasons for not leaving the relationship. The study was conducted in Spanish.

Data Analysis

Data were analyzed using SPSS (version 18.0) and M-Plus 3.0 (Muthen & Muthen, 1998). The latter was used to conduct exploratory factor analyses for dichotomous variables. The matrix of tetrachoric correlations was subjected to mean- and variance-adjusted weighted least squares (WLSMV) factor analysis and then rotated using varimax and promax methods. The number of factors was determined by inspecting the scree plot and by considering the criteria of interpretability. Items with a cross-loading on multiple factors were assigned to the factor with the highest loading. Items with a factor pattern loading lower than .40 were dropped. Items that showed the highest factor pattern loadings for a particular factor were considered items that measure the underlying reason for staying in the relationship that is associated with that factor. The *KR20* index and corrected point biserial correlations were calculated to assess internal consistency. Subscale scores were also derived by summing the number of endorsed items. Inter-correlations between factors were analyzed by means of Spearman's correlations.

Regarding the relationship between scale factors and socio-demographic, clinical and abuse variables, associations between categorical variables and the factors obtained were analyzed using non-parametric analysis of variance models (Kruskal–Wallis test), applying an α of .01. Based on significant differences, post hoc comparisons were then performed using the Mann–Whitney *U* test with the Bonferroni correction. Associations between continuous variables and the factors obtained were analyzed using Spearman's correlations. Due to the large number of analyses performed the *p* value was set at $< .01$.

Results

Factor Structure and Internal Reliability of the PVES

The exploratory factor analysis for dichotomous variables of the 44 items revealed 13 factors with eigenvalues higher than 1. Inspection of the scree plot suggested the extraction of five or six factors. Solutions with a higher number of factors were examined but considered unsuitable. The six-factor solution, which accounted for 60.6% of common variability, was selected by means of psychological interpretability. Factor 1 accounted for 24.6% of the variance, while the other five factors accounted for 11.4%, 8.9%, 6.7%, 4.6% and 4.3%, respectively. Promax and varimax rotations revealed nearly identical factor solutions, with

correlations between factors ranging from .97 to .98, and congruence coefficients ranging from .92 to .99. Eight items failed to meet the above loading criteria and were therefore removed. Thus, the final version included 36 items. Factor loadings obtained using promax rotation, arranged in decreasing order within factors, are shown in Table 1.

The first factor (6 items) was labeled *Socio-Economic Problems* and included items regarding financial difficulties and poor social support. The second factor (7 items), labeled *Attachment and Fear of Loneliness*, included items referring to a fear of loneliness, to still loving their partner, and to a fear of change. The third factor (3 items), labeled *Blaming Oneself and Resignation*, included items about self-blame. The fourth factor (3 items), labeled *Impact on Children*, included items referring to the woman’s fear of losing custody of her children, or the fear that her partner would seek to turn the children against her. The fifth factor (11 items), labeled *Fear of Harm and Worry for the Partner*, included items related to the woman’s fear of harming herself, her children and others, although it also included items about embarrassment and feeling sorry for her partner. Finally, the sixth factor (6 items) was labeled *Feelings of Confusion* and included items regarding women’s emotional/cognitive problems.

Table 1
Factor Loadings Derived from a Six-factor Solution with Promax Rotation of the 36-Item Partner Violence Entrapment Scale

Items	S	FL	BO	IC	FH	FC
Socio-Economic Problems						
I don’t have the economic means to live independently	.96	-.01	.06	.07	-.06	-.16
I won’t have any protection or economic help from my family or friends if I separate from my partner	.84	.04	-.08	-.06	.02	.12
I won’t be able to get a job to support myself	.84	-.07	.03	.01	-.02	-.12
I won’t have anywhere to go if I leave home	.82	-.04	.11	-.08	.05	.02
I’d have a lot of economic problems although I’d be able to support myself	.66	.41	-.10	.23	-.10	-.18
My family is putting pressure on me not to separate from my partner	.58	.14	-.10	-.15	.20	-.12
Attachment and Fear of Loneliness						
I’m afraid I’ll feel lonely and won’t be able to cope	.22	.85	-.03	.13	-.26	.13
I’m afraid of the changes that separation involves	.29	.69	.02	.30	-.10	-.11
I don’t think I’ll find another partner, or the partner I find will be worse	-.09	.65	-.06	.07	-.12	.15
I feel that I’ve failed as a person if I separate	.12	.55	.25	.06	-.12	.05
I know that I still love him	-.22	.53	.14	-.16	-.02	.04
I think that he still loves me in spite of everything	-.21	.53	.30	-.18	.29	-.22
I thought my partner was going through a bad time but would eventually get over it	-.33	.49	.30	.09	.10	.05
Blaming Oneself and Resignation						

Capítulo 3

I blame myself as well	.01	.29	.88	.02	-.31	-.04
I think I may have exaggerated things	-.06	.21	.84	.04	-.09	-.08
I think that putting up with your partner's bad moods is part of living together	-.13	.14	.63	.11	.07	.18
Impact on Children						
I fear that my partner will manipulate or trick my children and make them will reject me	-.08	.06	.04	.87	.28	.04
I fear I'll lose custody of my children	-.02	.09	.08	.85	.06	.11
I'm afraid my children will be harmed by the separation or by the absence of their father	.11	.18	.01	.79	.08	-.18
Fear of Harm and Worry for the Partner						
I fear physical violence if I leave him	-.11	-.27	-.21	.13	.93	.09
He'll make my life impossible if I leave him	.17	-.20	-.17	.25	.87	-.01
I fear my partner will harm other family members or people I love	-.07	-.24	.08	.20	.71	-.08
I feel embarrassed or afraid I won't be believed when I explain what's happening to me	-.04	.22	-.01	.01	.63	.03
I was convinced by my partner's remorse and pleading and thought his behaviour would improve	-.14	.28	-.09	-.10	.63	.03
I fear my partner will carry out his threats to kill himself	.05	-.03	-.06	-.11	.59	-.14
I fear my partner will harm my children	-.07	-.25	.11	.43	.56	.00
I think if I report him he'll just get more angry	.13	-.04	.13	.27	.48	.26
I feel sorry for my partner. who is a victim of an unjust society that has led him to behave violently	.05	.22	.12	-.04	.48	-.17
I feel sorry for my partner because he's incapable of living alone	.13	.21	.10	-.19	.43	-.02
Reporting him to the police is pointless	.20	-.23	.15	.17	.42	.16
Feelings of Confusion						
I see the world through a fog that makes people and objects seem distant and confusing to me	-.12	-.05	.02	-.05	-.10	.98
I have the feeling that the situation is not entirely real, or is like a dream	-.29	.22	.11	.13	.10	.77
I fear I'll think back to previous experiences of abuse with an intensity that will make me freeze and unable to react	.04	.12	-.24	.03	.40	.57
I feel unable to take decisions	.16	.24	.16	-.08	.00	.49
I don't know if I'll be able to cope with my health as it is	.23	.05	-.06	-.01	-.04	.46
I'm unable to think clearly	.08	.32	.29	-.04	.16	.46

Note. Items in English translation.

S: Socio-Economic Problems; FL: Attachment and Fear of Loneliness; BO: Blaming Oneself and Resignation; IC: Impact on Children; FH: Fear of Harm and Worry for the Partner; FC: Feelings of Confusion.

Reliability results are shown in Table 2. KR20 coefficients ranged from .70 to .78, and all corrected item-scale correlations were $\geq .30$. Table 3 shows all pairs of associations among the six factors. *Feelings of Confusion* showed moderate-to-high correlations with all the other factors except *Impact on Children*. *Socio-Economic Problems* correlated moderately with *Impact on Children* and *Fear of Harm and Worry for the Partner*. There was a strong correlation between *Attachment and Fear of Loneliness* and *Blaming Oneself and Resignation*.

Table 2
Means, Standard Deviations and Reliability of the PVES

Factors	Items	M (SD)	KR20	Corrected r_{pb} Mdn	
				(min-max)	KR20 - item
Socio-Economic Problems	6	2.57 (1.99)	.78	.56 (.33-.62)	.72-.79
Attachment and Fear of Loneliness	7	4.20 (1.98)	.70	.39 (.36-.55)	.62-.67
Blaming Oneself and Resignation	3	1.81 (1.16)	.70	.54 (.45-.55)	.54-.70
Impact on Children	3	1.51 (1.22)	.76	.59 (.56-.62)	.63-.73
Fear of Harm and Worry for the Partner	11	5.48 (2.94)	.78	.44 (.30-.59)	.74-.78
Feelings of Confusion	6	3.17 (1.92)	.75	.51 (.34-.54)	.69-.75

Note. PVES: Partner Violence Entrapment Scale; KR20: Kuder-Richardson reliability index; r_{pb} : Point biserial correlation; Mdn: Median.

Table 3
Spearman Correlations among Factors of the PVES

	S	FL	BO	IC	FH	FC
Socio-Economic Problems	-					
Attachment and Fear of Loneliness	.12	-				
Blaming Oneself and Resignation	-.03	.41***	-			
Impact on Children	.22**	.11	.11	-		
Fear of Harm and Worry for the Partner	.25***	.19**	.25***	.30***	-	
Feelings of Confusion	.26***	.36***	.32***	.14*	.39***	-

Note. PVES: Partner Violence Entrapment Scale; S: Socio-Economic Problems; FL: Attachment and Fear of Loneliness; BO: Blaming Oneself and Resignation; IC: Impact on Children; FH: Fear of Harm and Worry for the Partner; FC: Feelings of Confusion.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Relationship between PVES Factors and Socio-demographic, Clinical and Abuse Variables

The *Socio-Economic Problems* factor was associated with educational level (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 10.45$, $df = 2$, $p = .005$), marital status (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 12.78$, $df = 2$, $p = .002$) and employment (Kruskal-Wallis $\chi^2 = 16.57$, $df = 1$, $p < .001$). Post hoc analyses revealed that women who had only attended primary school (Mdn = 3, interquartile range (IQR) = 4) scored higher on *Socio-Economic Problems* than did women with a university education (Mdn = 1, IQR = 4). In addition, single women (Mdn = 1, IQR = 3) scored lower on *Socio-Economic Problems* than did women who were married (Mdn = 4, IQR = 3.75) or separated (Mdn = 3, IQR = 3). Unemployed women (Mdn = 4, IQR = 3) scored higher on *Socio-Economic Problems* than did those in employment (Mdn = 2, IQR = 4). As expected, women with children (Mdn = 2, IQR = 2) scored higher on the *Impact on Children* factor than did women without children (Mdn = 0, IQR = 0; Kruskal-Wallis $\chi^2 = 38.86$, $df = 1$, $p < .001$).

Table 4 shows the correlations between the six PVES factors and the clinical and abuse variables. Higher scores on *Impact on Children* were associated with higher ISA-NP and PMWI-SF emotional/verbal scores (Table 4). Higher scores on *Fear of Harm and Worry for the Partner* and *Feelings of Confusion* were associated with higher scores on all measures of abuse (Table 4). The *Feelings of Confusion* factor was also positively associated with BDI-II scores (Table 4).

Women who remained in the abusive relationship scored lower on the factors *Fear of Harm and Worry for the Partner* ($U = 3574$, $p = .03$, $r = .15$) and *Feelings of Confusion* ($U = 3588$, $p = .04$, $r = .15$) than did women who had left the relationship.

Table 4
Spearman Correlations between PVES Factors and Abuse and Clinical Measures.

	S	FL	BO	IC	FH	FC
BDI-II	.08	.15	.14	.08	.11	.23**
ISA – P	.13	.02	.03	-.02	.47***	.30***
ISA – NP	.16	-.09	.06	.23**	.44***	.33***
PMWI- SF (E/V)	.11	-.10	.07	.22**	.33***	.27***
PMWI – SF (D/I)	.12	-.08	.07	.12	.46***	.36***

Note. PVES: Partner Violence Entrapment Scale; S: Socio-Economic Problems; FL: Attachment and Fear of Loneliness; BO: Blaming Oneself and Resignation; IC: Impact on Children; FH: Fear of Harm and Worry for the Partner; FC: Feelings of Confusion.

BDI-II: Beck Depression Inventory. second edition; ISA – P: Index of Spouse Abuse - physical subscale; ISA – NP: Index of Spouse Abuse - nonphysical subscale; PMWI – SF (E/V):

Psychological Maltreatment of Women Inventory - Emotional/Verbal subscale; PMWI – SF (D/I): Psychological Maltreatment of Women Inventory - Dominance/Isolation subscale.

** $p < .01$. *** $p < .001$.

Discussion

The principal aim of the present study was to design a specific scale to evaluate women's perceived reasons for staying in violent partner relationships. The Partner Violence Entrapment Scale (PVES) showed good psychometric properties in a sample of Spanish women who were victims of IPV.

The underlying empirical structure of the PVES comprised six factors: *Socio-Economic Problems*, *Attachment and Fear of Loneliness*, *Blaming Oneself and Resignation*, *Impact on Children*, *Fear of Harm and Worry for the Partner*, and *Feelings of Confusion*. Four of these factors, namely Financial Problems, Attachment and Fear of Loneliness, Impact on Children and Fear of Harm and Worry for the Partner, are also measured by a previously published scale (the DLS; Hendy et al., 2003), thereby suggesting the consistency of these factors when assessing perceived reasons for staying in violent relationships. By contrast, the measurement of Blaming Oneself and Feelings of Confusion is specific to the PVES, while the assessment of social embarrassment, poor social support and hopes that things might change is specific to the DLS. The PVES does, however, include items that refer to these latter reasons. Specifically, the *Socio-Economic Problems* factor of the PVES included not only financial problems but also poor social support. Moreover, items regarding social embarrassment and hopes that things might change did not load on separate factors but, rather, on two other PVES factors (*Fear of Harm and Worry for the Partner* and *Attachment and Fear of Loneliness*).

The levels of internal consistency were adequate for all factors, with reliability indices above .70 (George & Mallery, 2003). The inter-correlation between factors showed that psychological factors (*Attachment and Fear of Loneliness* and *Blaming Oneself and Resignation*) correlated highly, whereas situational factors (*Socio-Economic Problems* and *Impact on Children*) showed a moderate-to-high correlation.

Regarding discriminant validity, PVES factors showed a number of associations with demographic, clinical and abuse variables. Specifically, women who were married, unemployed, and had a lower educational level were more likely to report *Socio-Economic*

Problems as the reason for not leaving their violent relationship. The relevance of socio-economic problems has been previously reported by research on the factors associated with the decision to leave abusive relationships. Specifically, studies have shown that women with greater economic needs (Griffing et al., 2002) and a lower educational level (Frisch & McKenzie, 1991) are more reluctant to leave violent relationships.

In the present study, women who scored higher on physical and psychological abuse were more likely to report concerns related to *Fear of Harm and Worry for the Partner* and *Feelings of Confusion* as the reason for not leaving their violent relationship. Women with higher scores on psychological abuse, specifically verbal abuse, reported more concerns related to the *Impact on Children* as the reason for not leaving, i.e. they expressed more fears about losing custody or that their children would turn against them. By contrast, controlling behavior was more related than was verbal abuse to concerns about *Fear of Harm and Worry for the Partner* as the reason for not leaving. Supporting these findings, previous studies have shown the importance of abuse severity for the stay/leave decision process (Rhatigan & Axsom, 2006; Rhatigan & Street, 2005).

Finally, women with depressive symptoms were more likely to report *Feelings of Confusion* as the reason for not leaving the relationship. The *Feelings of Confusion* factor could also be related to psychological symptoms other than those of depression, for example, anxiety or post-traumatic symptoms. However, due to the characteristics of the present study (development and testing of the psychometric properties of a questionnaire) we only included one measure of psychological symptoms. Supporting the relevance of this factor, recent studies have found an association between psychological symptoms and stay or leave decisions (Edwards, Gidycz & Murphy, 2010; Rhatigan, Shorey & Nathanson, 2011).

The PVES does have some potential clinical implications. Identifying women's perceived reasons for remaining trapped in violent relationships could help professionals to implement more targeted interventions. For example, women who score higher on *Socio-Economic Problems* would require, firstly, a referral to social services for the assessment of social resources related to their specific concerns. Women who score higher on *Blaming Oneself and Resignation* or *Attachment and Fear of Loneliness* should be referred to support groups and/or psychological therapy. Finally, women who score higher on *Fear of Harm and Worry for the Partner* should undergo a careful risk assessment so as to draw up an adequate safety plan. Not surprisingly, the *Fear of Harm and Worry for the Partner* was shown in our study to be associated with a greater severity of abuse.

Limitations of the study include the fact that in most of the women, data regarding the perceived reasons for staying in the violent relationship were gathered retrospectively. Furthermore, the sample of IPV women was predominantly composed of low-income, treatment-seeking women, which may limit the generalizability of the findings. Finally, the

instrument was developed for women who live in Spain, and most of the participants were born in that country (only 16% were Spanish-speaking women born outside Spain). Therefore, the utility of this instrument for other cultures and countries remains to be determined. The study validity may be improved with the inclusion of a non violent/distressed relationship group. Finally, the underlying empirical structure should be replicated in other populations and samples.

In conclusion, the Partner Violence Entrapment Scale (PVES) is a reliable and easily comprehensible instrument for evaluating women's perceived reasons for remaining with an abusive partner. When used in clinical and social settings it should enable more targeted intervention strategies to be developed for each case.

References

- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl, & J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11– 39). Heidelberg, Federal Republic of Germany: Springer.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.
- Anderson, D. K. & Saunders, D. G. (2003). Leaving an abusive partner: An empirical review of predictors, the process of leaving, and psychological well-being. *Trauma, Violence & Abuse*, 4, 163-191. doi: 10.1177/1524838002250769
- Beck, A. T., Steer R. A., & Brown G. K. (1996). *Beck Depression Inventory, 2nd ed.* San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, J. A., & Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30, 458-66.
- Dutton, D. G., & Painter, S. L. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology*, 6, 139– 155.
- Eckstein, J. J. (2011). Reasons for Staying in Intimately Violent Relationships: Comparisons of Men and Women and Messages Communicated to Self and Others. *Journal of Family Violence*, 26, 21-30. doi: 10.1007/s10896-010-9338-0
- Edwards, K. M., Gidycz, C. A., & Murphy, M. J. (2010). College women's stay/leave decisions in abusive dating relationships: a prospective analysis of an expanded Investment Model. *Journal of Interpersonal Violence*. Advance online publication. doi: 10.1177/0886260505280344

- Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Montero-Piñar, M. I., Vives-Cases, C., Plazaola-Castaño, J., & Martín-Baena, D. (2010). Partner violence and psychological well-being: buffer or indirect effect of social support. *Psychological Medicine*, *72*, 383-389.
- Fals-Stewart, W., Lucente, S. W., & Birchler, G. R. (2002). The relationship between the amount of face-to-face contact and partners' reports of domestic violence frequency. *Assessment*, *9*, 123-130. doi: 10.1177/10791102009002002
- Feder, G. S., Hutson, M., Ramsay, J., & Taket, A. R. (2006). Women exposed to intimate partner violence: expectations and experiences when they encounter health care professionals: a meta-analysis of qualitative studies. *Archives of Internal Medicine*, *166*, 22-37. doi:10.1001/archinte.166.1.22
- Frisch, M. B., & MacKenzie, C. J. (1991). A comparison of formerly and chronically battered women on cognitive and situational dimensions. *Psychotherapy*, *28*, 339-344. doi:10.1037/0033-3204.28.2.339
- García-Esteve, L.I., Torres, A., Navarro, P., Ascaso, C., Imaz, M. L., Herreras, Z., & Valdés, M. (2011). Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la violencia de pareja en el ámbito sanitario. *Medicina Clínica*, *137*, 390-397. doi: 10.1016/j.medcli.2010.11.038
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Griffing, S., Fish-Ragin, D., Sage, R. E., Madry, L., Bingham, L. E., & Primm, B. J. (2002). Domestic violence survivors' self-identified reasons for returning to abusive relationships. *Journal of Interpersonal Violence*, *17*, 306-319. doi: 10.1177/0886260502017003005
- Hendy, H. M., Eggen, D., Gustitus, C., McLeod, K., & Ng, P. (2003). Decision to leave scale: perceived reasons to stay in or leave violent relationships. *Psychology of Women Quarterly*, *27*, 162-173. doi: 10.1111/1471-6402.00096
- Hudson, W. W., & McIntosh, S. R. (1981). The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and Family*, *43*, 873-888. doi: 10.2307/351344
- Khaw, L. B. L., & Hardesty, J., L. (2009). Leaving an Abusive Partner: Exploring Boundary Ambiguity Using the Stages of Change Model. *Journal of Family Theory & Review*, *1*, 38-53.
- Lerner, C. F. & Kennedy, L. Th. (2000). Stay-leave decision making in battered women: trauma, coping and self-efficacy. *Cognitive Therapy and Research*, *24*, 215-232. doi: 10.1023/A:1005450226110
- Morse, D. S., Lafleur, R., Fogarty, C. T., Mittal, M., & Cerulli, C. (2012). "They told me to leave": how health care providers address intimate partner violence. *Journal of the American Board of Family Medicine*, *25*, 333-342. doi: 10.3122/jabfm.2012.03.110193

- Muthen, L.K., & Muthen, B.O. (1998–2007). *Mplus user's guide*. 4th Edition. Los Angeles, CA: Muthen & Muthen.
- Navarro, P., Garcia-Esteve, L.I., Tarragona, M. J., Torres, A., Imaz, M. L., Plaza, A., Pérez, M., Ascaso, C., Valdés, M., & Martín-Santos, R. (in press). Spanish external validation of the Psychological Maltreatment of Women Inventory Short Form (PMWI-SF). *Violence Against Women*.
- O'Neill, M. L., & Kerig, P. K. (2000). Attributions of self-blame and perceived control as moderators of adjustment in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, *15*, 1036-1050. doi: 10.1177/088626000015010002
- Rhatigan, D. L., & Axsom, D. K. (2006). Using the Investment Model to understand battered women's commitment to abusive relationships. *Journal of Family Violence*, *21*, 153-162. doi: 10.1007/s10896-005-9013-z
- Rhatigan, D. L., Shorey, R. C., & Nathanson, A. M. (2011). The impact of posttraumatic symptoms on women's commitment to a hypothetical violent relationship: a path analytic test of posttraumatic stress, depression, shame and self-efficacy on Investment Model factors. *Psychological trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, *3*, 181-191. doi: 10.1037/a0020646
- Rhatigan, D. L., & Street, A. E. (2005). The impact of intimate partner violence on decisions to leave dating relationships: A test of the Investment Model. *Journal of Interpersonal Violence*, *20*, 1580–1597. doi: 10.1177/0886260505280344
- Rhatigan, D. L., Street, A. E., & Axsom, D. K. (2006). A critical review of theories to explain violent relationship termination: Implications for research and intervention. *Clinical Psychology Review*, *26*, 321-345. doi: 10.1016/j.cpr.2005.09.002
- Rusbult, C. E., & Martz, J. M. (1995). Remaining in an abusive relationship: An investment model analysis of nonvoluntary dependence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *21*, 558–571. doi: 10.1177/0146167295216002
- Sanz, J., Perdígón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II): Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, *14*, 249-280.
- Strube, M. J. (1988). The decision to leave an abusive relationship: Empirical evidence and theoretical issues. *Psychological Bulletin*, *104*, 236-250.
- Tolman, R. M. (1999). The validation of the Psychological Maltreatment of Women Inventory. *Violence and Victims*, *14*, 25-37.
- Torres, A., Navarro, P., García-Esteve, L., Tarragona, M. J., Ascaso, C., Herreras, Z., Gelabert, E., Imaz M. L., Roca, A., Subirà, S., & Martín-Santos, R. (2010). Detecting Domestic Violence: Spanish external validation of the Index of Spouse Abuse. *Journal of Family Violence*, *25*, 275-286. doi: 10.1007/s10896-009-9290-z

- Walker, L. E. (1979). *The battered woman syndrome*. New York: Harper and Row.
- Walker, L. (1994). *Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Walker, R., Logan, T. K., Jordan, C. E., & Campbell, J. C. (2004). An integrative review of separation in the context of victimization: consequences and implications for women. *Trauma, Violence & Abuse, 5*, 143-193. doi: 10.1177/1524838003262333
- Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2003). Interventions for violence against women. Scientific review. *Journal of the American Medical Association, 289*, 589-600. doi: 10.1001/jama.289.5.589
- World Health Organization. (2001). Putting women's safety first: Ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: World Health Organization. Global Programme on Evidence for Health Policy.

ESCALA DE BLOQUEO DE LA HUÍDA EN SITUACIONES DE MALTRATO

Las siguientes circunstancias suelen impedir que una persona que sufre malos tratos abandone o se aleje de su pareja. Por favor, rodee con un círculo el **SÍ** si alguna de estas circunstancias se da en su caso. Rodee el **NO** si esa circunstancia no se da en su caso o no significa un impedimento.

1. No tengo medios económicos para vivir independientemente	SÍ	NO
2. No tendré protección ni ayuda económica de la familia o los amigos en caso de que me separe	SÍ	NO
3. No podré conseguir un trabajo que me permita mantenerme	SÍ	NO
4. No tendré a dónde ir si me marchó de casa	SÍ	NO
5. Tendría muchos problemas económicos aunque pudiese mantenerme	SÍ	NO
6. Mi familia me presiona o me aconseja que no me separe	SÍ	NO
7. Tengo miedo a sentirme sola y no poder arreglármelas	SÍ	NO
8. Tengo miedo a los cambios que conlleva separarme	SÍ	NO
9. Pienso que no encontraré otra pareja o que será peor	SÍ	NO
10. Siento que habré fracasado como persona si me separo	SÍ	NO
11. Sé que todavía le quiero	SÍ	NO
12. Creo que, a pesar de todo, me sigue queriendo	SÍ	NO
13. Pienso que mi pareja pasaba una mala época pero que acabaría mejorando	SÍ	NO
14. Creo que yo también soy culpable	SÍ	NO
15. Creo que quizá he exagerado las cosas	SÍ	NO
16. Pienso que aguantar los malos humores del otro forma parte de la vida de pareja	SÍ	NO
17. Temo que mi pareja manipule o engañe a mis hijos para que me rechacen	SÍ	NO
18. Temo perder la custodia de mis hijos	SÍ	NO
19. Tengo miedo a perjudicar a mis hijos por la separación o la ausencia de su padre	SÍ	NO
20. Temo a la violencia física si lo dejo	SÍ	NO
21. Me hará la vida imposible si lo dejo	SÍ	NO
22. Temo que mi pareja haga daño a otros familiares o personas que quiero	SÍ	NO
23. Siento vergüenza o temor a no ser creída cuando explico lo que me pasa	SÍ	NO
24. Me convencieron el arrepentimiento y los ruegos de mi pareja y creí que mejoraría	SÍ	NO
25. Temo que mi pareja cumpla sus amenazas de suicidio	SÍ	NO
26. Temo que mi pareja haga daño a mis hijos	SÍ	NO
27. Creo que si lo denunciase se enfadaría aún más	SÍ	NO

PASE A LA PÁGINA SIGUIENTE...

28. Siento lástima de mi pareja, que es víctima de una sociedad injusta que lo ha llevado a comportarse violentamente	SÍ	NO
29. Siento lástima de mi pareja porque es incapaz de vivir solo	SÍ	NO
30. Creo que poner denuncias no sirve de nada	SÍ	NO
31. Veo el mundo a través de una neblina que hace que las personas y los objetos me parezcan distantes y confusos	SÍ	NO
32. Me da la sensación de que la situación no es del todo real o que se trata de un sueño	SÍ	NO
33. Temo que me vengan a la cabeza experiencias previas de maltrato con una intensidad que me bloquee y no pueda reaccionar	SÍ	NO
34. Me siento incapaz de tomar decisiones	SÍ	NO
35. No sé si podré salir adelante con mi estado de salud	SÍ	NO
36. Soy incapaz de pensar con claridad	SÍ	NO

Otras circunstancias no mencionadas en este cuestionario:

Capítulo 4

Discusión y limitaciones

4.1. Discusión

En esta Tesis pretendíamos avanzar en el conocimiento de la VP, su detección, asociación con rasgos de la personalidad, y motivos de bloqueo de la huida. En este apartado se discutirán los principales resultados obtenidos.

En primer lugar, nos proponíamos validar para la detección en el ámbito sanitario cuatro instrumentos de detección de la VP, comparar su precisión diagnóstica, y establecer la concordancia entre ellos, obteniéndose una adecuada validez de todos ellos (artículo 1). Secundariamente, se ha obtenido una adecuada fiabilidad y validez, así como una estructura factorial de dos factores del *Index of Spouse Abuse (ISA)*¹²³ (artículo 2).

Se ha establecido una relación entre determinados rasgos de personalidad y victimización por VP, controlando el efecto de la sintomatología depresiva (artículo 3). Finalmente, se ha diseñado un cuestionario para detectar los motivos que bloquean la huida, escape o ruptura de la relación con el maltratador (artículo 4).

A continuación se discutirán específicamente cada uno de estos resultados.

4.1.1. Validación y comparación de cuatro instrumentos para la detección de la VP en el ámbito sanitario

Los cuatro instrumentos seleccionados para el estudio (*ISA*¹²³, *PMWI-SF*¹³⁷, *WAST*¹³⁸, *PVS*⁷⁷) resultaron válidos para la detección de la VP cuando se validan frente a un criterio diagnóstico externo. El acuerdo global entre los cuatro cuestionarios fue excelente. En comparación con los otros cuestionarios, el *ISA* y el *PMWI-SF* fueron los que mostraron un mejor funcionamiento global y una mayor concordancia con el diagnóstico clínico. Estos hallazgos sustentan nuestras hipótesis iniciales de buena precisión diagnóstica en los cuatro instrumentos (superior a 0,70), y buenos valores de concordancia entre ellos.

El *ISA* ha sido ampliamente empleado en estudios de investigación y utilizado como estándar de oro para validar otros instrumentos^{77,324}. Su uso como herramienta de cribado, no obstante, presenta la limitación de su longitud -30 ítems- y una corrección compleja de las puntuaciones finales, que incluyen la ponderación de los ítems. Este hecho la hace recomendable para la cuantificación objetiva de la VP en situaciones legales o clínicas que no requieran un diagnóstico inmediato. El *PMWI-SF* es el único instrumento diseñado para la

detección de la VP psicológica. Tanto el funcionamiento global como la capacidad de clasificación diagnóstica son equivalentes al ISA. Contiene los 14 ítems del PMWI que en el estudio original distinguieron la VP de la mala relación de pareja¹³⁷. Estos hallazgos la hacen especialmente recomendable para situaciones de VP menos evidentes y aún por identificar, y como estándar de oro de la VP psicológica. El WAST es uno de los instrumentos con mejor funcionamiento para la detección de la VP tanto en la revisión de 12 instrumentos de la guía inglesa para la detección de la VP¹¹⁷, como en la revisión de 13 instrumentos para la revisión de 2013 del USPSTF^{119,325}. Se recomienda su uso en contextos no específicos de VP, como centros de AP, salas de hospitalización y consultas de perinatal. Es corto, incluye sólo 8 ítems, pregunta por la VP sexual, es de fácil corrección, y ha mostrado tener buena consistencia interna en otros estudios^{138,140}. Finalmente, el PVS ha mostrado una adecuada validez en nuestro estudio, con una especificidad mayor a la sensibilidad, ambas superiores a 0,80. Estos valores son en general mejores a los hallados en estudios previos^{77,326}. El PVS ha sido el cuestionario que obtuvo un menor cumplimiento (el 2,7% de las mujeres que cumplimentaron los otros cuestionarios no respondieron al PVS), hecho que se ha observado también en otros estudios³²⁶, y puede ser debido a la formulación directa de las preguntas. Puede administrarse tanto de forma heteroaplicada como autoaplicada, si bien la forma autoaplicada es la forma preferida de cribado de la VP según estudios previos³²⁶.

Existen dudas respecto al cribado universal de la VP¹¹⁰. No obstante, una revisión sistemática publicada en 2011³²⁷ halló una mayor eficacia de los programas de cribado de la VP si incluían un enfoque comprehensivo. El enfoque comprehensivo incluye apoyo institucional, el diseño de protocolos efectivos de cribado, incluyendo el empleo de instrumentos validados, la formación específica a los profesionales, y el diseño de protocolos de derivación inmediata a servicios especializados de atención a la VP³²⁷.

4.1.2. Estructura factorial, validez interna y externa del ISA

La versión española del ISA mostró una adecuada validez interna y una estructura factorial de dos factores (ISA-P –abuso físico-, y ISA-NP –abuso no físico-) en una muestra amplia de casos (mujeres víctimas de VP) y controles. El ISA mostró un adecuado funcionamiento global para la detección tanto de VP, como de VP física. Estos hallazgos sustentan nuestras hipótesis iniciales de hallar dos dimensiones de la VP en el ISA (física y psicológica), y buenas propiedades psicométricas.

La estructura factorial original de Hudson y McIntosh¹²³ no se ha confirmado en nuestra muestra. Tanto en la muestra total, como en el subgrupo de mujeres víctimas de VP, se obtuvo mediante análisis factorial exploratorio (AFE) una estructura factorial consistente en dos

factores que hemos denominado como en el estudio original: ISA-P (abuso físico) y ISA-NP (abuso no físico).

No existe consenso en cuánto a la estructura factorial subyacente al cuestionario ISA. Existen modelos de dos^{123,131-133} y de tres^{126,134,135} factores. En los modelos de dos factores, se identifican en todos ellos un factor de VP física y un factor de VP no física, si bien la adscripción de los ítems a los factores difiere en cada uno de los modelos. Además, algunos de los ítems mantienen cargas factoriales bajas, por lo que algunos modelos contienen menos ítems que el estudio original. Este es el caso del modelo de Sierra¹³², que contiene 22 ítems, y el de Tang¹³³, que contiene 19 ítems.

Los estudios de Campbell¹³⁵, Cook¹³⁴ y Eliason¹²⁶ identificaron, en cambio, tres factores. Tanto el estudio de Campbell¹³⁵ como el de Cook¹³⁴ se realizaron en población afroamericana de EE.UU. Ambos estudios identificaron un factor de VP física, un factor de VP psicológica/emocional, y un nuevo factor de control/aislamiento^{134,135}. El modelo de Campbell incluía los 30 ítems mientras que el de Cook incluía 22, al eliminar 8 ítems con cargas factoriales bajas. Finalmente, Eliason¹²⁶ halló en una muestra de mujeres que se hallaban en prisión una estructura de 3 factores, con un factor físico, otro emocional/verbal y otro sobre demandas poco razonables, que mimetizaba parcialmente del factor hallado por los estudios anteriores de control/aislamiento^{134,135}.

En nuestro estudio hallamos un factor de VP física (ISA-P) que incluía los ítems 3, 7, 13, 17, 23, 24 y 30. Existe consenso en considerar los ítems 7, 13, 17, 23 y 30 como pertenecientes al factor de VP física^{123,126,131,132,134,328}. En nuestro factor, además se han incluido los ítems 3 y 24 referentes al consumo del alcohol. El factor de VP no física (ISA-NP) hallado en nuestro estudio incluye el resto de ítems, que miden un amplio rango de conductas de VP psicológica que comprenden demandas poco razonables, conductas de control, aislamiento y abuso verbal, junto con dos ítems referentes a VP sexual. Sería interesante la validación futura de los modelos factoriales hallados mediante análisis factorial confirmatorio, como va realizando el grupo de Sierra^{329,330}. Del mismo modo, todos estos resultados ponen de relieve la necesidad de adaptar el ISA a poblaciones específicas.

Tanto la escala en su totalidad, como las dos subescalas (ISA-P y ISA-NP) mostraron excelentes valores de consistencia interna. Asimismo, ambas subescalas mostraron una elevada correlación ($r = 0,74$), sugiriendo que el ISA podría simplificarse empleando solamente la puntuación total, como también defienden otros autores¹²⁶. Del mismo modo, este hecho también sería una evidencia a favor de los autores que consideran que la VP física y psicológica formarían parte de un continuo de gravedad del concepto global de VP, más que referirse a dimensiones independientes³³¹⁻³³³.

En contraste con los estudios previos, en este estudio se propone el empleo de la puntuación total del ISA como la mejor medida de VP, debido a sus excelentes propiedades psicométricas, así como su punto de corte (12).

4.1.3. Relación entre VP, personalidad y sintomatología depresiva

Las mujeres víctimas de VP presentaron mayores puntuaciones en *problemas con la intimidad*, y menores puntuaciones en *rechazo* en comparación con las controles, cuando se controló por la sintomatología depresiva. La intensidad de la VP se asoció a *problemas con la intimidad*, *distorsión cognitiva*, *suspiciousidad* y *expresividad restringida*, mientras que la duración de la VP se asoció a menores puntuaciones en *rechazo*.

En nuestro estudio se hallaron pocas diferencias en rasgos de personalidad entre víctimas de VP y controles cuando se controló por depresión, excepto en los rasgos de *problemas con la intimidad* y *rechazo*, en contraposición con estudios previos, que hallan asociación entre un amplio rango de rasgos de la personalidad patológicos y victimización por VP^{264,265,274-277}, si bien ninguno de ellos ha empleado como instrumento de medida el DAPP-BQ²⁵⁶. Nuestros resultados, por tanto, sustentan parcialmente nuestra hipótesis inicial de que las mujeres víctimas de VP presentarían puntuaciones mayores en rasgos de *inhibición*, pero no apoyan la hipótesis de mayores puntuaciones en rasgos de *disregulación emocional*. Una posible explicación sería que la sintomatología depresiva podría explicar las diferencias halladas en rasgos de la personalidad en estudios previos. La depresión es una de las principales secuelas psíquicas de la VP^{192,334}, y es posible que determinados rasgos de personalidad puedan estar modulados por la sintomatología depresiva actual. Otra posible explicación podría ser el efecto de las características de nuestra muestra (duración e intensidad de la VP, número de parejas abusadoras, abusos en la infancia). Nuestra muestra incluye un amplio rango de gravedad de la VP (media del ISA = 43, rango: 10-95), donde las mujeres que fueron víctimas de VP de mayor gravedad son las que presentaron mayores puntuaciones en rasgos de la personalidad. Nuestra muestra presentaba VP crónico (media de 12 años) y sólo el 10% había sido víctima de más de una pareja maltratadora. Un estudio previo sólo halló asociación entre personalidad y VP en mujeres víctimas de más de una pareja maltratadora²⁸¹. Nuestra muestra presentó prevalencias menores de abusos en la infancia en comparación con estudios previos²⁷⁷, aunque en nuestro estudio no hallamos asociación entre abusos en la infancia y la personalidad.

Los *problemas con la intimidad* hacen referencia a la tendencia a tener dificultades con, y miedo y evitación de, la intimidad, las relaciones cercanas y las figuras de apego, así como dificultades en la conducta sexual. Los *problemas con la intimidad* están inversamente asociados a la extraversión²⁵⁹, son uno de los rasgos marcadores del TP esquizoide²⁵⁶, y también se asocia al TP esquizotípico y evitador. Este resultado es consistente con el hallazgo en

estudios previos de mayores puntuaciones en TP esquizoide y evitador^{268,277}. Las bajas puntuaciones en *rechazo* indicarían una tendencia a mostrar baja hostilidad y dominación, y serían consistentes con estudios previos que emplean la escala de hostilidad de Buss-Burkee, que hallan bajas puntuaciones en hostilidad y mayor pasividad en mujeres víctimas de VP³³⁵.

La intensidad y la duración de la VP se asocian a diferentes rasgos de personalidad a nivel dosis-respuesta, lo cual indicaría que la alteración en personalidad sería reactiva a la violencia^{270,336}. La intensidad de la VP es más predictiva de alteración en personalidad que la duración de la VP, tal y como también se halla en otros estudios previos que emplearon el MMPI²⁷⁰. Controlando por sintomatología depresiva, la intensidad de la VP se asoció a dos rasgos de *inhibición (problemas con la intimidad, expresividad restringida)*, y a dos rasgos de *disregulación emocional (distorsión cognitiva, suspicacia)*. Estos rasgos de personalidad podrían estar parcialmente asociados a algunas de las áreas que definen el TEPT complejo²⁰⁸, concretamente la *alteración en la atención y la conciencia*, y la *alteración en las relaciones*. La *distorsión cognitiva* podría corresponderse a la *alteración en la atención y la conciencia* del TEPT complejo. La *distorsión cognitiva* mide pensamiento desorganizado, confusión, dificultades para el pensamiento lógico, disociación, despersonalización y desrealización. En línea con estos resultados, en mujeres víctimas de VP se han hallado elevadas puntuaciones en *esquizofrenia* del MMPI, y en escalas de disociación^{270,337}. Los rasgos de *problemas con la intimidad, expresividad restringida, y suspicacia* podrían corresponderse con la *alteración en las relaciones*. La elevación en estas escalas indicaría una afectación en la expresión emocional, la asertividad, los vínculos de apego, y la confianza interpersonal, conllevando suspicacia, aislamiento y evitación de vínculos. Este hallazgo se hallaría en línea con las elevadas puntuaciones en TP esquizoide, esquizotípico, paranoide y evitador hallado en mujeres víctimas de VP^{270,277,281}. Estos resultados también se hallan en consonancia con un estudio reciente realizado en población traumática refugiada, que halla en su muestra una asociación entre la presencia de TEPT complejo y los rasgos de TP esquizotípico y paranoide[†] según el MCMI-III³³⁸. Estos autores contrastan estos resultados con las características de TEPT complejo halladas en poblaciones con abuso infantil, en que se halla mayor asociación con el TP límite del MCMI-III^{338,339}. Estos autores sugieren por tanto que habría diferencias en las características del TEPT complejo resultado de una traumatización crónica y extrema en la edad adulta en comparación con la infancia y adolescencia³³⁸.

4.1.4. Escala de Bloqueo de la Huida en Situaciones de Maltrato

[†] en el DAPP-BQ la *distorsión cognitiva, suspicacia y expresividad restringida* se asocian al TP esquizotípico, mientras que la *susplicacia* se asocia al TP paranoide

En este estudio diseñamos la Escala de Bloqueo de la Huida en Situaciones de Maltrato (EBHSM) con el objetivo de disponer de un instrumento de medida de los motivos percibidos por la mujer expuesta a VP que le impiden o dificultan la huida, escape o ruptura de la relación con el maltratador. Tal y como se hipotetizó, la escala EBHSM mostró buenas propiedades psicométricas, y los factores que la componen mostraron asociación con variables teóricamente asociadas.

Los factores hallados mediante AFE en la escala EBHSM fueron: *problemas socioeconómicos* (PS), *apego y miedo al abandono* (AM), *culpabilización y resignación* (CS), *impacto en los hijos* (IH), *miedo al daño y preocupación por la pareja* (MD), y *sensación de confusión* (SC). Cuatro de estos factores (PS, AM, IH y MD) también aparecen en la escala previamente publicada por Hendy y cols (DLS)³¹², hecho que sugiere la consistencia de estos factores cuando se miden los motivos percibidos de permanencia en una situación de maltrato. La *culpabilización y resignación*, y la *sensación de confusión* son dimensiones específicas del EBHSM, mientras que *la vergüenza social, el poco apoyo social y la esperanza de que las cosas cambien* son aspectos propios de la DLS. Nuestra escala, no obstante, también incluye ítems que miden estos aspectos. El factor PS mide también el bajo apoyo social, mientras que los factores MD y AM incluyen ítems que miden vergüenza social y esperanza de que las cosas cambien. Los factores tienen niveles adecuados de consistencia interna, por encima de 0,70³⁴⁰. Los factores que miden aspectos más psicológicos correlacionaron altamente (AM y CS), mientras que los factores que miden aspectos más situacionales correlacionaron a nivel moderado-alto (PS y IH).

La importancia de los factores hallados en nuestro estudio como factores asociados a la permanencia en la situación de maltrato se refrenda en la literatura previa. Los *problemas socioeconómicos*, especialmente la dependencia económica, se asocian a la permanencia con el maltratador²⁹³. También la atribución interna de la violencia [por tanto, la *culpabilización*]²⁹³, el afecto por la pareja y el estilo de apego ansioso-ambivalente [*apego y miedo al abandono*]²⁹³, y, de forma menos consistente, el malestar emocional y el estrés postraumático [*sensación de confusión*]^{309,310}, se asociaron a la permanencia con el maltratador. Si bien la relación no es consistente, la intensidad de la VP tiende a asociarse de forma negativa con la permanencia con el maltratador [miedo al daño]^{293,341,342}. Por otro lado, el miedo a perder la custodia de los hijos, o al daño que pueda hacer el maltratador a los hijos, es una de las principales preocupaciones de las mujeres víctimas de VP con hijos en el proceso de separación³⁴³.

Las subescalas del EBHSM mostraron asociaciones con variables demográficas, clínicas, y de la VP teóricamente asociadas. Concretamente, las mujeres casadas, desempleadas y con menor nivel educativo presentaron mayores puntuaciones en la subescala PS; las mujeres con mayor VP física y psicológica presentaron mayores puntuaciones en las subescalas MD y

SC; y las mujeres con sintomatología depresiva presentaron mayores puntuaciones en la subescala SC.

En conclusión, La escala EBHSM es una escala que mide los motivos percibidos de permanencia en una situación de maltrato de rápida aplicación en cualquier contexto y de fácil comprensibilidad. Puede ser un instrumento útil en el desarrollo e implementación de estrategias de intervención psicológicas o sociales adecuadas a cada caso.

4.2. Limitaciones

4.2.1. Artículos 1 y 2, sobre validación de cuestionarios de VP

- ◆ Se optó por escoger un diseño de casos y controles en lugar de un diseño transversal para la validación de los cuestionarios, por lo que la diferente procedencia de los casos puede afectar a los valores de sensibilidad y especificidad calculados, tendiendo a sobreestimar la sensibilidad. El diseño de casos y controles, en que los casos se reclutaron de centros especializados en VP asegura que éstos estén correctamente diagnosticados y a su vez permite establecer la validez de criterio. El diseño transversal hubiera resultado más costoso.
- ◆ El hecho de que la mayoría de casos proceda de centro especializado en VP hace que no se pueda generalizar a la muestra de atención primaria (AP). No obstante, a pesar de que las mujeres de centro especializado puntuaron más en los cuestionarios de VP, la mayoría de casos, con independencia de su procedencia, sobrepasaron el punto de corte óptimo para la detección de la VP. Deberían replicarse estos resultados en muestras representativas de mujeres procedentes de centros de AP.
- ◆ No se evaluó la aceptación de las preguntas para la identificación de la VP, tal y como recomiendan los criterios para la evaluación de los programas de cribado, como los criterios británicos del National Screening Committee¹¹⁷. No obstante, se consideró que los cuestionarios de VP son bien aceptados en general, según refiere el informe de evaluación de la tecnología de la NICE¹¹⁷.

4.2.2. Artículo 2, sobre validación del Index of Spouse Abuse

- ◆ La traducción emplea expresiones que pueden no ser comprensibles en otros países de habla hispana (“*Me dice que no puedo apañarme o arreglarme sin él*”, “*Pone pegas a que me relacione con mis amigas*”), por lo que debería considerarse si se emplea esta traducción del cuestionario en países Latinoamericanos. No obstante, el 7,6% de la muestra de origen latinoamericano no tuvo problemas de comprensión.

- ◆ Del mismo modo, las ponderaciones halladas son también únicas para la población española.

4.2.3. Artículo 3, sobre relación entre personalidad y VP

- ◆ Debido al diseño transversal, no pueden establecerse relaciones causales entre el maltrato y los puntajes en personalidad. Son necesarios estudios prospectivos que permitan establecer el orden causal entre victimización por VP y las alteraciones de la personalidad, así como el carácter permanente o temporal de éstas. Aunque no existen estudios prospectivos sobre la relación entre victimización por VP y personalidad, existe un estudio prospectivo que halla cambios en rasgos de personalidad tras la experiencia de situaciones traumáticas²⁸⁸.
- ◆ No se valoró con instrumentos específicos la presencia de TEPT ni de TEPT complejo.
- ◆ El tamaño de la muestra no posee suficiente potencia para la realización de pruebas estadísticas en subgrupos de características específicas (más de una relación abusiva, abuso en la infancia, etc.).
- ◆ La muestra se compone de mujeres que pidieron ayuda para la VP, procedentes de un centro especializado, con bajo nivel socioeconómico, por lo que no puede generalizarse a otras muestras.

4.2.4. Artículo 4, sobre los motivos de bloqueo de la huida

- ◆ La muestra se compone de mujeres que acuden a un centro especializado de VP, por lo que debería generalizarse a otras muestras de mujeres víctimas de VP. La estructura empírica hallada debería replicarse en otras muestras de mujeres víctimas de VP (mujeres con diferentes características socioeconómicas, procedentes de centros no especializados en VP, etc).
- ◆ Los motivos de permanencia con el agresor se informaron a nivel retrospectivo, para el grupo de mujeres que se habían separado de la pareja maltratadora.

Capítulo 5

Conclusiones

5.1. Conclusiones

- ◆ Disponer de instrumentos de cribado de la violencia de pareja adaptados y validados en nuestro país puede ayudar a estandarizar el proceso de cribado del maltrato y a incrementar su identificación en el ámbito sanitario. Los cuatro instrumentos de detección de la violencia de pareja: *Index of Spouse Abuse* (ISA; Hudson y cols., 1981)¹²³, *Psychological Maltreatment of Women Inventory – short form* (PMWI-SF; Tolman, 1999)¹¹, *Woman Abuse Screening Tool* (WAST; Brown y cols., 1996)¹³⁸, y *Partner Violence Screen* (PVS; Feldhaus y cols., 1997)⁷⁷, han demostrado ser válidos para la identificación de la violencia de pareja en el ámbito sanitario.
- ◆ La concordancia entre los cuatro cuestionarios fue excelente. Los cuestionarios que obtuvieron un mejor funcionamiento global, y una mayor concordancia con el diagnóstico clínico de violencia de pareja fueron el ISA y el PMWI-SF.
- ◆ Los puntos de corte óptimos obtenidos, para los cuatro cuestionarios, nos permitirán realizar en el ámbito sanitario un cribado rápido y estandarizado de las mujeres que puedan estar expuestas a maltrato. Asimismo, contribuirán a identificar casos de maltrato en estudios epidemiológicos y de investigación clínica.
- ◆ Se han identificado características diferenciales para cada uno de los instrumentos. El ISA, y el PMWI-SF son adecuados para la medición de la intensidad de la violencia de pareja, por lo que pueden resultar de utilidad para el diagnóstico y la medición del maltrato en situaciones legales o de evolución clínica. El PMWI-SF sería recomendable para la identificación y cuantificación del maltrato psicológico. Tanto el WAST como el PVS son instrumentos rápidos de administrar y recomendables para el cribado en asistencia primaria, hospitalización o urgencias.
- ◆ La exploración de la personalidad en las mujeres expuestas a violencia de pareja mostró más evitación de la intimidad y más problemas con las relaciones cercanas, y las figuras de apego, y una menor hostilidad y dominancia, cuando se controla el efecto de la sintomatología depresiva sobre la personalidad.
- ◆ La intensidad del maltrato se asoció a una mayor distorsión cognitiva (disociación/ despersonalización/ pensamiento desorganizado); a una restricción en la expresión

emocional; a una evitación de la intimidad y de los vínculos de apego; y a una mayor desconfianza interpersonal.

- ◆ La duración del maltrato se asoció a una menor hostilidad y dominancia.
- ◆ La intensidad y la duración del maltrato se asociaron a los diferentes rasgos de personalidad en una relación gradual tipo dosis-respuesta, de tal manera que a mayor intensidad o duración del maltrato, mayor alteración de la personalidad.
- ◆ Para la identificación de los motivos percibidos de permanencia con el agresor en una situación de maltrato se ha diseñado y validado la Escala de Bloqueo de la Huida en Situaciones de Maltrato (EBHSM). La escala EBHSM se compone de seis factores: problemas socioeconómicos (PS), apego y miedo al abandono (AM), culpabilización y resignación (CS), impacto en los hijos (IH), miedo al daño y preocupación por la pareja (MD), y sensación de confusión (SC).

Los resultados de la presente tesis doctoral aportan evidencia que permite mejorar la identificación del maltrato de pareja en el ámbito sanitario, así como los motivos de permanencia con el agresor. Asimismo, enriquecen los conocimientos sobre la relación controvertida entre el maltrato y la personalidad de las mujeres expuestas.

Referencias bibliográficas

1. Organización de las Naciones Unidas. Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer [Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993]. Nueva York; 1993.[acceso 17 de abril de 2014]. Disponible en:
http://www.eclac.cl/mujer/noticias/paginas/3/27453/Declaracion_eliminacion.pdf
2. Organización de las Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, China, 4-15 de septiembre de 1995. Nueva York, Naciones Unidas; 1995. Documento A/CONF.177/20. [acceso 17 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
3. Walker LE. Psychology and domestic violence around the world. *Am Psychol.* 1999; 54(1): 21-29.
4. Saltzman LE, Fanslow JL, McMahon PM, Shelley GA. Intimate Partner Violence Surveillance: Uniform definitions and recommended data elements, Version 1.0. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 1999. [acceso 17 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.cdc.gov/ncipc/pub-res/ipv_surveillance/IntimatePartnerViolence.pdf.
5. Straus MA, Gelles, RJ. Societal Change and Change in Family Violence From 1975 to 1985 as Revealed by Two National Surveys. *J Marriage Fam.* 1986; 48: 465-479.
6. Straus MA. Measuring Intrafamily Conflict and Violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *J Marriage Fam.* 1979;41(1):75-88.
7. Shepard MF, Campbell JA. The Abusive Behavior Inventory: A Measure of Psychological and Physical Abuse. *J Interpers Violence.* 1992;7(3):291-305.
8. Murphy CM, Cascardi M. Psychological Aggression and Abuse in Marriage. In: Hampton RL, Gullotta TP, Adams GR, Potter EH, Weissberg RP, ed. *Family Violence: prevention and treatment.* Sage: Newbury Park, CA; 1993. p. 86-112.
9. Loring MT. *Emotional abuse.* New York: Lexington Books; 1994.
10. Follingstad DR. Rethinking current approaches to psychological abuse: Conceptual and methodological issues. *Aggress Violent Behav.* 2007;12(4):439-458.
11. Tolman RM. The validation of the Psychological Maltreatment of Women Inventory. *Violence Vict.* 1999;14(1):25-37.

12. Mega LT, Mega JL, Mega BT, Harris BM. Brainwashing and battering fatigue. Psychological abuse in domestic violence. *N C Med J.* 2000;61(5):260-5.
13. Pico-Alfonso MA. Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neurosci Biobehav Rev.* 2005;29(1):181–93.
14. Campbell JC, Lewandowski LA. Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatr Clin North Am.* 1997;20(2):353–74.
15. Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *Am J Public Health.* 2000;90(4):553–9.
16. O’Leary KD. Psychological abuse: a variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence Vict.* 1999;14(1):3-23.
17. Street AE, Arias I. Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: examining the roles of shame and guilt. *Violence Vict.* 2001;16(1):65–78.
18. Weaver TL, Etzel JC. Smoking patterns, symptoms of PTSD and depression: preliminary findings from a sample of severely battered women. *Addict Behav.* 2003;28(9):1665–79.
19. Abraham M. Sexual Abuse in South Asian Immigrant Marriages. *Violence Against Women.* 1999;5(6):591–618.
20. Tolman RM. Psychological abuse of women. In: Ammerman, R. T.; Hersen M, ed. *Assessment of family violence: A clinical and legal sourcebook.* New York: John Wiley & Sons, Inc; 1992. p.291–310.
21. Labrador FJ. *Mujeres víctimas de violencia doméstica: Programa de actuación.* Madrid: Pirámide; 2004.
22. Ruiz, C; Blanco Prieto P. *La violencia contra las mujeres: prevención y detección.* Madrid: Diaz de Santos; 2004.
23. Escudero Nafs A, Polo Usaola C, López Gironés M, Aguilar Redo L. La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. 1: las estrategias de la violencia. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatría.* 2005;25(95):085–117.
24. Sanmartín J. *El laberinto de la violencia.* Barcelona: Ariel; 2004.
25. Tjaden P, Thoennes, N. *Stalking in America: Findings From the National Violence Against Women Survey.* Washington, DC: U.S. Department of Justice, National Institute of Justice; 1998. NCJ 169592. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles/169592.pdf>.

26. Asensi Pérez LF. La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género. *Rev internauta práctica jurídica*. 2008;(21):15–29.
27. Instituto de la Mujer [sede Web]. Madrid: Instituto de la mujer. [acceso 20 de abril de 2014]. Instituto de la Mujer - Estadísticas. Disponible en: <http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=10>.
28. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014 [acceso 20 de abril de 2014]. Portal Estadístico. Violencia Género - Boletín Estadístico Anual 2012. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/>.
29. Sanmartín J. II Informe Internacional Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación. Valencia: Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia; 2006. Serie documentos: 11.
30. Alberdi I. La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Fundación “la Caixa”; 2002. Colección Estudios Sociales n. 10.
31. Observatorio contra la violencia doméstica y de género [sede Web]. Madrid: Fundación Mujeres. [acceso 20 de abril de 2014]. Consejo General del Poder Judicial. Datos de denuncias, procedimientos penales y civiles registrados, órdenes de protección registrados en los JVM y sentencias dictadas por los órganos jurisdiccionales en esta materia en el año 2012. Disponible en: <http://www.observatorioviolencia.org/>.
32. Ley Orgánica 3/1989, de 21 de Junio, de actualización del código penal. (Boletín Oficial del Estado, número 148, de 22-06-1989).
33. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del código penal. (Boletín Oficial del Estado, número 281, de 24-11-1995).
34. Ley Orgánica 14/1999, de 9 de Junio, de modificación del Código Penal de 1995, en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal. (Boletín Oficial del Estado, número 138, de 10-06-1999).
35. Ley 27/2003, de 31 de Julio, reguladora de la orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. (Boletín Oficial del Estado, número 183, de 01-08-2003).
36. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. (Boletín Oficial del Estado, número 313, de 29-12-2004).
37. Alhabib S, Nur U, Jones R. Domestic Violence Against Women: Systematic Review of Prevalence Studies. *J Fam Violence*. 2009;25(4):369–382.
38. Instituto de la Mujer. La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 1999.

39. Instituto de la Mujer. La violencia contra las mujeres. Resultados de la II macroencuesta. Madrid: Instituto de la Mujer; 2002.
40. Instituto de la Mujer. La violencia contra las mujeres. Resultados de la III macroencuesta. Madrid: Instituto de la Mujer; 2006.
41. Centro de Investigaciones Sociológicas. Macroencuesta de violencia de género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2011. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf.
42. Zorrilla B, Pires M, Lasheras L, Morant C, Seoane L, Sanchez LM et al. Intimate partner violence: last year prevalence and association with socio-economic factors among women in Madrid, Spain. *Eur J Public Health*. 2010;20(2):169–75.
43. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI. [Intimate partner violence. A survey conducted in the primary care setting]. *Gac Sanit*. 2006;20(3):202–8.
44. Plichta S. The effects of woman abuse on health care utilization and health status: a literature review. *Womens Health Issues*. 1992;2(3):154–63.
45. Straus MA, Gelles RJ, Steinmetz SK. *Behind Closed Doors: Violence in the American Family*. Newbury Park, CA: Sage; 1980.
46. Tjaden P, Thoennes N. *Extent, Nature, and Consequences of Intimate Partner Violence: Findings From the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC: National Institute of Justice and the Centers for Disease Control and Prevention; 2000. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/nij/181867.pdf>.
47. Breiding MJ, Black MC, Ryan GW. Prevalence and risk factors of intimate partner violence in eighteen U.S. states/territories, 2005. *Am J Prev Med*. 2008;34(2):112–8.
48. Statistique Canada [sede Web]. Ottawa: Gouvernement du Canada. [acceso 20 de abril de 2014]. Enquête sociale générale - victimisation. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www5.statcan.gc.ca/COR-COR/COR/COR/objList?lang=fra&srcObjType=SDDS&srcObjId=4504&tgtObjType=OLC>.
49. Jaspard M, Fougeyrollas-Schwebel D. Compter les violences envers les femmes. Contexte institutionnel et théorique de l'enquête ENVEFF. *Cah du Genre*. 2003;35(2):45. doi:10.3917/cdge.035.0045.
50. Gillioz L, De Puy J, Ducret V. *Domination et violence envers la femme dans le couple*. Lausanne: Payot; 1997. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.euowrc.org/06.contributions/2.contrib_fr/16.gillioz.htm.

51. Mirrlees-Black C. Domestic violence: Findings from a new British Crime Survey self-completion questionnaire (Home Office research studies). London: Home Office; 1999. Home Office Research Study 191. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20110218135832/http://rds.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs/hors191.pdf>.
52. Heiskanen M, Piispa M. Faith, Hope, Battering: a Survey of Men's Violence Against Women in Finland (Oikeus). Yliopistopaino, Helsinki: Statistics Finland; 1998. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en:
http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/Finland/FIN_VAW_Publication.pdf.
53. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260–9.
54. Mouzos J, Makkai T. Women's experiences of male violence. Findings from the Australian component of the International Violence Against Women Survey (IVAWS). Canberra: Australian Institute of Criminology; 2004. Research and public policy series n.56. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://www.aic.gov.au/documents/5/8/D/%7B58D8592E-CEF7-4005-AB11-B7A8B4842399%7DRPP56.pdf>.
55. Ministerio del Interior y DESUC. Encuesta nacional de victimización por violencia intrafamiliar y delitos sexuales. Santiago: Ministerio del Interior y DESUC; 2008. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://www.seguridadpublica.gov.cl/otrasencuestas.html>.
56. Global Health Data Exchange [sede Web]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation. [acceso 20 de abril de 2014]. USAID. Colombia Demographic and Health Survey 2009-2010. Disponible en:
<http://ghdx.healthmetricsandevaluation.org/record/colombia-demographic-and-health-survey-2009-2010>.
57. Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth. Health, well-being and personal safety of women in Germany: A representative study of women in Germany. Berlin: Federal Ministry for Family Affairs, Senior Citizens, Women and Youth; 2004. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Frauenstudie-englisch-Gewalt-gegen-Frauen,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf>.
58. Watson D, Parsons, S. Domestic Abuse of Women and Men in Ireland: Report on the National Study of Domestic Abuse. Dublin: Stationery Office; 2005. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en:
http://www.crimecouncil.gov.ie/downloads/Abuse_Report_NCC.pdf.

59. ISTAT. Measuring violence: indicators from the Italian violence against women surveys. Geneva; 2007. Working paper 8. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw_indicators_2007/papers/Invited%20Paper%20Italy%20ISTAT.pdf.
60. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática [INEGI]. El panorama de violencia contra las mujeres en los Estados Unidos Mexicanos. México: INEGI; 2007. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/Mexico/Mexico_ENDIREH2006_report.pdf.
61. Meekers D, Pallin SC, Hutchinson P. Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Womens Health*. 2013;13:28. doi: 10.1186/1472-6874-13-28
62. Enquête Nationale sur la Prévalence de la violence à l'égard des femmes au Maroc. Rabat: Royaume du Maroc; 2012. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: www.hcp.ma/file/121437/.
63. Lundgren E, Heimer, G, Westerstrand J, Kalliokoski AM. Captured Queen: Men's Violence Against Women in "equal" Sweden: a Prevalence Study. Stockholm: Fritzes Offentliga publikationer; 2002. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.unece.org/fileadmin/DAM/stats/gender/vaw/surveys/Sweden/publication.pdf>
64. Parish WL, Wang T, Laumann EO, Pan S, Luo Y. Intimate partner violence in China: national prevalence, risk factors and associated health problems. *Int Fam Plan Perspect*. 2004;30(4):174–81.
65. Republic of Turkey Prime Ministry Directorate General on the Status of Women. National Research on Domestic Violence Against Women in Turkey. Ankara: Republic of Turkey Prime Ministry Directorate General on the Status of Women; 2009. [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.hips.hacettepe.edu.tr/eng/dokumanlar/2008-TDVAW_Main_Report.pdf
66. Breiding MJ, Ziembraski JS, Black MC. Prevalence of rural intimate partner violence in 16 US states, 2005. *J Rural Health*. 2009;25(3):240–6.
67. Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, Reid RJ, Dimer JA, Carrell D, et al. Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. *Am J Prev Med*. 2006;30(6):447–57.
68. Rinfret-Raynor M, Riou A, Cantin S, Drouin C, Dubé M. A Survey on Violence Against Female Partners in Québec, Canada. *Violence Against Women*. 2004;10(7):709–728.
69. Anacleto AJ, Njaine K, Longo GZ, Boing AF, Peres KG. [Prevalence of intimate partner violence and associated factors: a population-based study in

- Lages, Santa Catarina State, Brazil, 2007]. *Cad Saude Publica*. 2009;25(4):800–8.
70. Yanqiu G, Yan W, Lin A. Suicidal ideation and the prevalence of intimate partner violence against women in rural western China. *Violence Against Women*. 2011;17(10):1299–312.
 71. Vakili M, Nadrian H, Fathipoor M, Boniadi F, Morowatisharifabad MA. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Kazeroon, Islamic Republic of Iran. *Violence Vict*. 2010;25(1):116–27.
 72. Ali TS, Asad N, Mogren I, Krantz G. Intimate partner violence in urban Pakistan: prevalence, frequency, and risk factors. *Int J Womens Health*. 2011;3:105–15.
 73. Koziol-McLain J, Gardiner J, Batty P, Rameka M, Fyfe E, Giddings L. Prevalence of intimate partner violence among women presenting to an urban adult and paediatric emergency care department. *N Z Med J*. 2004;117(1206):U1174.
 74. Parekh KP, Russ S, Amsalem DA, Rambaran N, Langston S, Wright SW. Prevalence of intimate partner violence in patients presenting with traumatic injuries to a Guyanese emergency department. *Int J Emerg Med*. 2012;5(1):23.
 75. Brokaw J, Fullerton-Gleason L, Olson L, Crandall C, McLaughlin S, Sklar D. Health status and intimate partner violence: a cross-sectional study. *Ann Emerg Med*. 2002;39(1):31–8.
 76. Ernst AA, Weiss SJ, Nick TG, Casalietto J, Garza A. Domestic violence in a university emergency department. *South Med J*. 2000;93(2):176–81.
 77. Feldhaus KM, Koziol-McLain J, Amsbury HL, Norton IM, Lowenstein SR, Abbott JT. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*. 1997;277(17):1357–61.
 78. El-Bassel N, Gilbert L, Witte S, Wu E, Gaeta T, Schilling R, et al. Intimate partner violence and substance abuse among minority women receiving care from an inner-city emergency department. *Womens Health Issues*. 2003;13(1):16–22.
 79. Cox J, Bota GW, Carter M, Bretzlaff-Michaud JA, Sahai V, Rowe BH. Domestic violence. Incidence and prevalence in a northern emergency department. *Can Fam Physician*. 2004;50:90–7.
 80. Oberg M, Stenson K, Skalkidou A, Heimer G. Prevalence of intimate partner violence among women seeking termination of pregnancy compared to women seeking contraceptive counseling. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013; 93(1):45–51.
 81. Saftlas AF, Wallis AB, Shochet T, Harland KK, Dickey P, Peek-Asa C. Prevalence of intimate partner violence among an abortion clinic population. *Am J Public Health*. 2010;100(8):1412–5.

82. Lockart I, Ryder N, McNulty AM. Prevalence and associations of recent physical intimate partner violence among women attending an Australian sexual health clinic. *Sex Transm Infect.* 2011;87(2):174–6.
83. Leithner K, Assem-Hilger E, Naderer A, Umek W, Springer-Kremser M. Physical, sexual, and psychological violence in a gynaecological-psychosomatic outpatient sample: prevalence and implications for mental health. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;144(2):168–72.
84. Swahnberg K, Wijma B, Schei B, Hilden M, Irminger K, Wingren GB. Are sociodemographic and regional and sample factors associated with prevalence of abuse? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(3):276–88.
85. Rietveld L, Lagro-Janssen T, Vierhout M, Lo Fo Wong S. Prevalence of intimate partner violence at an out-patient clinic obstetrics-gynecology in the Netherlands. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2010;31(1):3–9.
86. Shamu S, Abrahams N, Zarowsky C, Shefer T, Temmerman M. Intimate partner violence during pregnancy in Zimbabwe: a cross-sectional study of prevalence, predictors and associations with HIV. *Trop Med Int Health.* 2013;18(6):696–711.
87. Perales MT, Cripe SM, Lam N, Sanchez SE, Sanchez E, Williams MA. Prevalence, types, and pattern of intimate partner violence among pregnant women in Lima, Peru. *Violence Against Women.* 2009;15(2):224–50.
88. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stöckl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reprod Health Matters.* 2010;18(36):158–70.
89. Shamu S, Abrahams N, Temmerman M, Musekiwa A, Zarowsky C. A systematic review of African studies on intimate partner violence against pregnant women: prevalence and risk factors. *PLoS One.* 2011;6(3):e17591. doi:10.1371/journal.pone.0017591
90. Zink T, Fisher BS, Regan S, Pabst S. The prevalence and incidence of intimate partner violence in older women in primary care practices. *J Gen Intern Med.* 2005;20(10):884–8.
91. Peralta RL, Fleming MF. Screening for intimate partner violence in a primary care setting: the validity of “feeling safe at home” and prevalence results. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16(6):525–32.
92. Coker AL, Smith PH, Thompson MP, McKeown RE, Bethea L, Davis KE. Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *J Womens Health Gend Based Med.* 2002;11(5):465–76.
93. Bauer HM, Rodríguez MA, Pérez-Stable EJ. Prevalence and determinants of intimate partner abuse among public hospital primary care patients. *J Gen Intern Med.* 2000;15(11):811–7.

94. Prosman G-J, Jansen SJC, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen ALM. Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression. *Fam Pract*. 2011;28(3):267–71.
95. Coid J, Petrukevitch A, Feder G, Chung W, Richardson J, Moorey S. Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2001;358(9280):450–4.
96. Grynbaum M, Biderman A, Levy A, Petasne-Weinstock S. Domestic violence: prevalence among women in a primary care center--a pilot study. *Isr Med Assoc J*. 2001;3(12):907–10.
97. Maziak W, Asfar T. Physical abuse in low-income women in Aleppo, Syria. *Health Care Women Int*. 2003;24(4):313–26.
98. Ergin N, Bayram N, Alper Z, Selimoglu K, Bilgel N. Domestic violence: a tragedy behind the doors. *Women Health*. 2005;42(2):35–51.
99. Hughes K, Bellis MA, Jones L, Wood S, Bates G, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*. 2012;379(9826):1621–9.
100. Oram S, Trevillion K, Feder G, Howard LM. Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2013;202:94–9.
101. Friedman SH, Loue S. Incidence and prevalence of intimate partner violence by and against women with severe mental illness. *J Womens Health (Larchmt)*. 2007;16(4):471–80.
102. Bundock L, Howard LM, Trevillion K, Malcolm E, Feder G, Oram S. Prevalence and risk of experiences of intimate partner violence among people with eating disorders: a systematic review. *J Psychiatr Res*. 2013;47(9):1134–42.
103. Jonas S, Khalifeh H, Bebbington PE, McManus S, Brugha T, Meltzer H, et al. Gender differences in intimate partner violence and psychiatric disorders in England: results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2013:1–11. doi: 10.1017/S2045796013000292
104. Bhandari M, Sprague S, Dosanjh S, Wu V, Schemitsch EH. Prevalence of Abuse and Intimate Partner Violence Surgical Evaluation (P.R.A.I.S.E.): rationale and design of a multi-center cross-sectional study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2010;11:77. doi: 10.1186/1471-2474-11-77
105. Cleary BS, Keniston A, Havranek EP, Albert RK. Intimate partner violence in women hospitalized on an internal medicine service: prevalence and relationship to responses to the review of systems. *J Hosp Med*. 2008;3(4):299–307.

106. García Esteve L, Imaz Gurrutxaga ML, Torres Giménez A. Abordaje diagnóstico de los trastornos mentales asociados al maltrato. *FMC Form Médica Contin en Atención Primaria*. 2010;17(7):449–459.
107. Sharps PW, Koziol-McLain J, Campbell J, McFarlane J, Sachs C, Xu X. Health care providers' missed opportunities for preventing femicide. *Prev Med (Baltim)*. 2001;33(5):373–80.
108. American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. *Arch Fam Med*. 1992;1(1):39–47.
109. Mitchell C (Ed). *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective*. New York: Oxford University Press; 2009.
110. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. *Am J Prev Med*. 2009;36(5):439–445.
111. Todahl J, Walters E. Universal screening for intimate partner violence: a systematic review. *J Marital Fam Ther*. 2011;37(3):355–69.
112. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health*. 2006;6:238.
113. Nyame S, Howard LM, Feder G, Trevillion K. A survey of mental health professionals' knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence. *J Ment Health*. 2013;22(6):536–43.
114. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract*. 2012;62(602):e647–55.
115. Glass N, Dearwater S, Campbell J. Intimate partner violence screening and intervention: data from eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments. *J Emerg Nurs*. 2001;27(2):141–9.
116. Krasnoff M, Moscati R. Domestic violence screening and referral can be effective. *Ann Emerg Med*. 2002;40(5):485–92.
117. Feder G, Ramsay J, Dunne D, Rose M, Arsene C, Norman R et al. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technol Assess*. 2009;13(16):iii–iv, xi–xiii, 1–113, 137–347.
118. Taft A, O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson L, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane database Syst Rev*. 2013;4:CD007007.
119. Screening for intimate partner violence and abuse of elderly and vulnerable adults: recommendation statement. *Am Fam Physician*. 2013 Apr 15;87(8):od3.

120. Norman R, Spencer A, Eldridge S, Feder G. Cost-effectiveness of a programme to detect and provide better care for female victims of intimate partner violence. *J Health Serv Res Policy*. 2010;15(3):143–9.
121. Ramsay J, Carter Y, Davidson L, Dunne D, Eldridge S, Feder G et al. Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane database Syst Rev*. 2009;(3):CD005043.
122. Straus MA, Hamby SL, Boney-CcCoy S, Sugarman DB. The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and Preliminary Psychometric Data. *J Fam Issues*. 1996;17(3):283–316.
123. Hudson WW, McIntosh SR. The Assessment of Spouse Abuse: Two Quantifiable Dimensions. *J Marriage Fam*. 1981;43(4):873–888. doi:10.2307/351344.
124. Straus MA. Cross-Cultural Reliability and Validity of the Revised Conflict Tactics Scales: A Study of University Student Dating Couples in 17 Nations. *Cross-Cultural Res*. 2004;38(4):407–432.
125. Hegarty K, Sheehan M, Schonfeld C. A Multidimensional Definition of Partner Abuse: Development and Preliminary Validation of the Composite Abuse Scale. *J Fam Violence*. 1999;14(4):399–415.
126. Eliason MJ, Taylor JY, Arndt S. Assessing intimate partner violence in incarcerated women. *J Forensic Nurs*. 2005;1(3):106–10.
127. Coker AL, Reeder CE, Fadden MK, Smith PH. Physical partner violence and medicaid utilization and expenditures. *Public Health Rep*. 2004;119(6):557–567.
128. Campbell J, Torres S, Ryan J, et al. Physical and nonphysical partner abuse and other risk factors for low birth weight among full term and preterm babies: a multiethnic case-control study. *Am J Epidemiol*. 1999;150(7):714–26.
129. Tutty LM, Bidgood BA, Rothery MA. Support groups for battered women: Research on their efficacy. *J Fam Violence*. 1993;8(4):325–343.
130. Ernst AA, Weiss SJ, Cham E, Hall L, Nick TG. Detecting ongoing intimate partner violence in the emergency department using a simple 4-question screen: the OVAT. *Violence Vict*. 2004;19(3):375–84.
131. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Jiménez-Martín JM, Hernández-Torres E. Validation of the Spanish version of the Index of Spouse Abuse. *J Womens Health (Larchmt)*. 2009;18(4):499–506.
132. Sierra Freire JC, Ortega V, Santos Iglesias P, Gutiérrez Quintanilla JR. Estructura factorial, consistencia interna e indicadores de validez de la versión española del “Index of Spouse Abuse.” *Boletín Psicol*. 2007;(91):83–96.

133. Tang CS. Psychological Abuse of Chinese Wives. *J Fam Violence*. 1998;13(3):299 – 314.
134. Cook SL, Conrad L, Bender M, Kaslow NJ. The internal validity of the index of spouse abuse in African American women. *Violence Vict*. 2003;18(6):641–57.
135. Campbell DW, Campbell J, King C, Parker B, Ryan J. The reliability and factor structure of the index of spouse abuse with African-American women. *Violence Vict*. 1994;9(3):259–74.
136. Tolman RM. The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence Vict*. 1989;4(3):159–77.
137. Tolman RM. The validation of the Psychological Maltreatment of Women Inventory. *Violence Vict*. 1999;14(1):25–37.
138. Brown JB, Lent B, Brett PJ, Sas G, Pederson LL. Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Fam Med*. 1996;28(6):422–8.
139. Brown J, Schmidt G, Lent B, Sas G, Lemelin J. [Screening for violence against women. Validation and feasibility studies of a French screening tool]. *Can Fam Physician*. 2001;47(5):988–995.
140. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *J Am Board Fam Pr*. 2002;15(2):101–111.
141. Houry D, Feldhaus K, Peery B, et al. A positive domestic violence screen predicts future domestic violence. *J Interpers Violence*. 2004;19(9):955–66.
142. Holtrop TG, Fischer H, Gray SM, Barry K, Bryant T, Du W. Screening for domestic violence in a general pediatric clinic: be prepared! *Pediatrics*. 2004;114(5):1253–7.
143. Hegarty K, Fracgp, Bush R, Sheehan M. The composite abuse scale: further development and assessment of reliability and validity of a multidimensional partner abuse measure in clinical settings. *Violence Vict*. 2005;20(5):529–47.
144. Rodenburg FA, Fantuzzo JW. The measure of wife abuse: Steps toward the development of a comprehensive assessment technique. *J Fam Violence*. 1993;8(3):203–228.
145. Swahnberg IMK, Wijma B. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health*. 2003;13(4):361–6.
146. Marshall LL. Development of the severity of violence against women scales. *J Fam Violence*. 1992;7(2):103–121.
147. Sackett LA, Saunders DG. The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence Vict*. 1999;14(1):105–17.

148. Jones S, Davidson WS, Bogat GA, Levendosky A, von Eye A. Validation of the subtle and overt psychological abuse scale: an examination of construct validity. *Violence Vict.* 2005;20(4):407–16.
149. Dutton DG. A scale for measuring propensity for abusiveness. *J Fam Violence.* 1995;10(2):203–21.
150. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Bullock L. Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA.* 1992;267(23):3176–8.
151. Sherin KM, Sinacore JM, Li XQ, Zitter RE, Shakil A. HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Fam Med.* 30(7):508–12.
152. Smith PH, Earp JA, DeVellis R. Measuring battering: development of the Women’s Experience with Battering (WEB) Scale. *Womens Health.* 1995;1(4):273–88.
153. Ernst AA, Weiss SJ, Cham E, Marquez M. Comparison of three instruments for assessing ongoing intimate partner violence. *Med Sci Monit.* 2002;8(3):CR197–201.
154. Paranjape A, Liebschutz J. STaT: a three-question screen for intimate partner violence. *J Womens Health (Larchmt).* 2003;12(3):233–9.
155. Sohal H, Eldridge S, Feder G. The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: a diagnostic accuracy study in general practice. *BMC Fam Pract.* 2007;8:49.
156. Norman R, Schneider M, Bradshaw D, Jewkes R, Abrahams N, Matzopoulos R, et al. Interpersonal violence: an important risk factor for disease and injury in South Africa. *Popul Health Metr.* 2010;8(1):32. doi: 10.1186/1478-7954-8-32.
157. Garcia L, Soria C, Hurwitz EL. Homicides and intimate partner violence: a literature review. *Trauma Violence Abuse.* 2007;8(4):370–83.
158. Stöckl H, Devries K, Rotstein A, Abrahams N, Campbell J, Watts C, et al. The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review. *Lancet.* 2013;382(9895):859–65.
159. Horon IL, Cheng D. Enhanced surveillance for pregnancy-associated mortality-Maryland, 1993-1998. *JAMA.* 2001;285(11):1455–9.
160. McFarlane J, Campbell JC, Sharps P, Watson K. Abuse during pregnancy and femicide: urgent implications for women’s health. *Obstet Gynecol.* 2002;100(1):27–36.
161. Palladino CL, Singh V, Campbell J, Flynn H, Gold KJ. Homicide and suicide during the perinatal period: findings from the National Violent Death Reporting System. *Obstet Gynecol.* 2011;118(5):1056–63.

162. Devries KM, Mak JY, Bacchus LJ, Child JC, Falder G, Petzold M, et al. Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001439.
163. Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Soc Sci Med.* 2011;73(1):79–86. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.05.006
164. McLaughlin J, O'Carroll RE, O'Connor RC. Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review. *Clin Psychol Rev.* 2012;32(8):677–89.
165. Cavanaugh CE, Messing JT, Del-Colle M, O'Sullivan C, Campbell JC. Prevalence and correlates of suicidal behavior among adult female victims of intimate partner violence. *Suicide Life Threat Behav.* 2011;41(4):372–83.
166. Plazaola-Castaño J, Ruiz Pérez I. [Intimate partner violence against women and physical and mental health consequences]. *Med Clin (Barc).* 2004;122(12):461–7.
167. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet.* 2002;359(9314):1331–6.
168. Nicolaidis C, Liebschutz J. Chronic physical symptoms in survivors of intimate partner violence. In: Mitchell C, ed. *Intimate Partner Violence. A Health-based perspective.* New York: Oxford University Press; 2009. p. 133-145.
169. Taliaferro E, Hawley D, McClean G, Strack G. Strangulation in intimate partner violence. In: Mitchell C, ed. *Intimate Partner Violence. A Health-based perspective.* New York: Oxford University Press; 2009. p. 217-236.
170. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HA, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynaecol Obstet.* 2013;120(1):3–9.
171. Coker AL. Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma Violence Abuse.* 2007;8(2):149–77.
172. Ackerson LK, Subramanian S V. Intimate partner violence and death among infants and children in India. *Pediatrics.* 2009;124(5):e878–89.
173. Silverman JG, Decker MR, Cheng DM, Wirth K, Saggurti N, McCauley HL, et al. Gender-based disparities in infant and child mortality based on maternal exposure to spousal violence: the heavy burden borne by Indian girls. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011;165(1):22–7.
174. Wolfe DA, Crooks C V., Lee V, McIntyre-Smith A, Jaffe PG. The Effects of Children's Exposure to Domestic Violence: A Meta-Analysis and Critique. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2003;6(3):171–187.

175. Wood SL, Sommers MS. Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2011;24(4):223–36.
176. Graham-Bermann SA, Castor LE, Miller LE, Howell KH. The impact of intimate partner violence and additional traumatic events on trauma symptoms and PTSD in preschool-aged children. *J Trauma Stress.* 2012;25(4):393–400.
177. Miller LE, Howell KH, Graham-Bermann SA. Potential mediators of adjustment for preschool children exposed to intimate partner violence. *Child Abuse Negl.* 2012;36(9):671–5.
178. Levendosky AA, Bogat GA, Martinez-Torteya C. PTSD symptoms in young children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women.* 2013;19(2):187–201.
179. Roberts AL, Gilman SE, Fitzmaurice G, Decker MR, Koenen KC. Witness of intimate partner violence in childhood and perpetration of intimate partner violence in adulthood. *Epidemiology.* 2010;21(6):809–18.
180. Swanberg JE, Logan T, Macke C. Intimate partner violence, employment, and the workplace: consequences and future directions. *Trauma Violence Abuse.* 2005;6(4):286–312.
181. Swanberg J, Macke C, Logan TK. Working women making it work: intimate partner violence, employment, and workplace support. *J Interpers Violence.* 2007;22(3):292–311.
182. Lorente M. *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer, realidades y mitos.* Barcelona: Critica; 2003.
183. Danielson KK, Moffitt TE, Caspi A, Silva PA. Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: evidence from an epidemiological study. *Am J Psychiatry.* 1998;155(1):131–3.
184. Oram S, Howard LM. Intimate partner violence and mental health. In: García-Moreno C, Riecher-Rossler A, eds. *Violence against women and mental health.* Basel: Karger; 2013. Vol. 178. p. 75-85.
185. Golding JM. Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *J Fam Violence.* 1999;14(2):99–132.
186. Ehrensaft MK, Moffitt TE, Caspi A. Is domestic violence followed by an increased risk of psychiatric disorders among women but not among men? A longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry.* 2006;163(5):885–92.
187. Okuda M, Olfson M, Hasin D, Grant BF, Lin K-H, Blanco C. Mental health of victims of intimate partner violence: results from a national epidemiologic survey. *Psychiatr Serv.* 2011;62(8):959–62.

188. Ludermir AB, Schraiber LB, D'Oliveira AFPL, França-Junior I, Jansen HA. Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Soc Sci Med.* 2008;66(4):1008–18.
189. Mechanic MB, Weaver TL, Resick PA. Mental health consequences of intimate partner abuse: a multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women.* 2008;14(6):634–54.
190. Dillon G, Hussain R, Loxton D, Rahman S. Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. *Int J Family Med.* 2013;2013:313909. doi: 10.1155/2013/31390
191. Vos T, Astbury J, Piers LS, Magnus A, Heenan M, Stanley L, et al. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. *Bull World Health Organ.* 2006;84(9):739–44.
192. Beydoun HA, Beydoun MA, Kaufman JS, Lo B, Zonderman AB. Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med.* 2012;75(6):959–75.
193. Orava TA, McLeod PJ, Sharpe D. Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem of women in transition from abusive relationships. *J Fam Violence.* 1996;11(2):167–186.
194. Campbell JC, Soeken KL. Women's Responses to Battering Over Time: An Analysis of Change. *J Interpers Violence.* 1999;14(1):21–40.
195. Zlotnick C, Johnson DM, Kohn R. Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *J Interpers Violence.* 2006;21(2):262–75.
196. Chen P-H, Rovi S, Vega M, Jacobs A, Johnson MS. Relation of domestic violence to health status among Hispanic women. *J Health Care Poor Underserved.* 2009;20(2):569–82.
197. Weaver TL, Allen JA, Hopper E, Maglione ML, McLaughlin D, McCullough MA, et al. Mediators of suicidal ideation within a sheltered sample of raped and battered women. *Health Care Women Int.* 2007;28(5):478–89.
198. Rincón P, Labrador FJ, Arinero M, Crespo M. Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Av en Psicol Latinoam.* 2004;22:105–116.
199. O'Campo P, Kub J, Woods A, Garza M, Jones AS, Gielen AC, et al. Depression, PTSD, and Comorbidity Related to Intimate Partner Violence in Civilian and Military Women. *Br Treat Cris Interv.* 2006;6(2):99–110.
200. Houry D, Kembal R, Rhodes K V, Kaslow NJ. Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ED patients. *Am J Emerg Med.* 2006;24(4):444–50.

201. Lipsky S, Field CA, Caetano R, Larkin GL. Posttraumatic stress disorder symptomatology and comorbid depressive symptoms among abused women referred from emergency department care. *Violence Vict.* 2005;20(6):645–59.
202. Fedovskiy K, Higgins S, Paranjape A. Intimate partner violence: how does it impact major depressive disorder and post traumatic stress disorder among immigrant Latinas? *J Immigr Minor Health.* 2008;10(1):45–51.
203. DeJonghe ES, Bogat GA, Levendosky AA, von Eye A. Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: prediction and prevention. *J Postgrad Med.* 2008;54(4):294–300.
204. Walker LE. *The Battered Woman Syndrome, Third Edition.* New York: Springer Publishing Company; 2009.
205. Seligman ME. Learned helplessness. *Annu Rev Med.* 1972;23:407–12.
206. Walker LEA. Battered woman syndrome: empirical findings. *Ann N Y Acad Sci.* 2006;1087:142–57.
207. Ebert A, Dyck MJ. The experience of mental death: the core feature of complex posttraumatic stress disorder. *Clin Psychol Rev.* 2004;24(6):617–35.
208. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *J Trauma Stress.* 1992;5(3):377–391.
209. Herman JL. *Trauma y Recuperación: Cómo Superar Las Consecuencias de la Violencia.* Madrid: Espasa Calpe; 2004.
210. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision.* Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2000.
211. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition.* Washington DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
212. Kaysen D, Resick PA, Wise D. Living in danger: the impact of chronic traumatization and the traumatic context on posttraumatic stress disorder. *Trauma Violence Abuse.* 2003;4(3):247–64.
213. Lanius RA, Vermetten E, Loewenstein RJ, Brand B, Schmahl C, Bremner JD, et al. Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry.* 2010;167(6):640–7.
214. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry.* 1991;148(1):10–20.
215. Ford JD, Stockton P, Kaltman S, Green BL. Disorders of extreme stress (DESNOS) symptoms are associated with type and severity of interpersonal trauma exposure in a sample of healthy young women. *J Interpers Violence.* 2006;21(11):1399–416.

216. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, van der Kolk B, Pynoos R, Wang J, et al. A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress*. 2009;22(5):399–408.
217. Roth S, Newman E, Pelcovitz D, van der Kolk B, Mandel FS. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress*. 1997;10(4):539–55.
218. Devries KM, Child JC, Bacchus LJ, Mak J, Falder G, Graham K, et al. Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*. 2014;109(3):379–91.
219. Kaysen D, Dillworth TM, Simpson T, Waldrop A, Larimer ME, Resick PA. Domestic violence and alcohol use: trauma-related symptoms and motives for drinking. *Addict Behav*. 2007;32(6):1272–83.
220. Martin SL, Macy RJ, Sullivan K, Magee ML. Pregnancy-associated violent deaths: the role of intimate partner violence. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(2):135–48.
221. Wu V, Huff H, Bhandari M. Pattern of physical injury associated with intimate partner violence in women presenting to the emergency department: a systematic review and meta-analysis. *Trauma Violence Abuse*. 2010;11(2):71–82.
222. Wilson SR. Traumatic brain injury and intimate partner violence. In: Mitchell C, ed. *Intimate Partner Violence. A Health-based perspective*. New York: Oxford University Press; 2009. p. 201-216.
223. Pallitto CC, Campbell JC, O’Campo P. Is intimate partner violence associated with unintended pregnancy? A review of the literature. *Trauma Violence Abuse*. 2005;6(3):217–35.
224. Sarkar NN. The impact of intimate partner violence on women’s reproductive health and pregnancy outcome. *J Obstet Gynaecol*. 2008;28(3):266–71.
225. Spiwak R, Afifi TO, Halli S, Garcia-Moreno C, Sareen J. The relationship between physical intimate partner violence and sexually transmitted infection among women in India and the United States. *J Interpers Violence*. 2013;28(13):2770–91.
226. Sareen J, Pagura J, Grant B. Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States? *Gen Hosp Psychiatry*. 2009;31(3):274–8.
227. Sharps PW, Laughon K, Giangrande SK. Intimate partner violence and the childbearing year: maternal and infant health consequences. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(2):105–16.

228. Shah PS, Shah J. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: a systematic review and meta-analyses. *J Womens Health (Larchmt)*. 2010;19(11):2017–31.
229. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet*. 2002;360(9339):1083–8.
230. Garoma S, Fantahun M, Worku A. The effect of intimate partner violence against women on under-five children mortality: a systematic review and meta-analysis. *Ethiop Med J*. 2011;49(4):331–9.
231. Bair-Merritt MH, Blackstone M, Feudtner C. Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. *Pediatrics*. 2006;117(2):e278–90.
232. Bauer NS, Gilbert AL, Carroll AE, Downs SM. Associations of early exposure to intimate partner violence and parental depression with subsequent mental health outcomes. *JAMA Pediatr*. 2013;167(4):341–7.
233. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Montero-Piñar MI. Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gac Sanit*. 2008;22(6):527–533.
234. Howard LM, Oram S, Galley H, Trevillion K, Feder G. Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2013;10(5):e1001452.
235. Stein MB, Kennedy CM, Twamley EW. Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 2002;52(11):1079–88.
236. Amor P, Bohorquez I, Echeburúa E. ¿Porqué y a qué costo físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción Psicológica*. 2006;4(2):129–154.
237. Funder DC. *The Personality Puzzle*. New York: W.W. Norton & Company, Inc; 5 edition edition; 2010.
238. Larsen R, Buss D. *Personality Psychology: Domains of Knowledge About Human Nature*. New York: McGraw-Hill; 5 edition; 2013.
239. Pervin LA, Cervone D, John OP. *Personality: theory and research*. New York: Wiley; 2005.
240. Schneider K. *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Morata; 1943.
241. Livesley WJ. Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Can J Psychiatry*. 1998;43(2):137–47.
242. Esbec E, Echeburúa E. La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas Psiquiatr*. 2011;39(1):1–11.

243. McCrae RR, Costa PT. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Pers Soc Psychol.* 1987;52(1):81–90.
244. Costa PT, Widiger TA. *Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality.* Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
245. Dyce JA, O'Connor BP. Personality disorders and the five-factor model: a test of facet-level predictions. *J Pers Disord.* 1998;12(1):31–45.
246. De Fruyt F, De Clercq BJ, van de Wiele L, Van Heeringen K. The validity of Cloninger's psychobiological model versus the five-factor model to predict DSM-IV personality disorders in a heterogeneous psychiatric sample: domain facet and residualized facet descriptions. *J Pers.* 2006;74(2):479–510.
247. Saulsman LM, Page AC. The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev.* 2004;23(8):1055–85.
248. Eysenck HJ. *Dimensions of Personality.* London: Routledge & Kegan Paul; 1947.
249. Eysenck HJ, Eysenck BG. *Psychoticism as a Dimension of Personality.* London: Hodder & Stoughton; 1976.
250. Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML. Dimensions of personality pathology. *Can J Psychiatry.* 1991;36(8):557–62.
251. Livesley WJ, Jackson DN, Schroeder ML. Factorial structure of traits delineating personality disorders in clinical and general population samples. *J Abnorm Psychol.* 1992;101(3):432–40.
252. Livesley WJ. An empirically-based classification of personality disorder. *J Pers Disord.* 2011;25(3):397–420.
253. Hernández A, Gutiérrez F, Valero J, Gárriz M, Labad A, Gutiérrez-Zotes JA. [A genetic-behavioral alternative to the personality disorders: the Livesley dimensional model]. *Actas españolas Psiquiatr.* 2009;37(3):174–83.
254. Livesley WJ. Trait and behavioral prototypes of personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1986;143(6):728–32.
255. Livesley WJ. A systematic approach to the delineation of personality disorders. *Am J Psychiatry.* 1987;144(6):772–7.
256. Livesley WJ, Jackson DN. *Dimensional Assessment of Personality Pathology - Basic Questionnaire.* Port Huron, MI: SIGMA Assessment Systems; 2009.
257. Gutiérrez-Zotes JA, Gutiérrez F, Valero J, et al. Structure of personality pathology in normal and clinical samples: Spanish validation of the DAPP-BQ. *J Pers Disord.* 2008;22(4):389–404.

258. Zuckerman M. *Psychobiology of Personality*. New York: Cambridge University Press; 1991.
259. Van Kampen D. The DAPP-BQ in The Netherlands: factor structure and relationship with basic personality dimensions. *J Pers Disord*. 2002;16(3):235–54.
260. Maruta T, Yamate T, Iimori M, Kato M, Livesley WJ. Factor structure of the Dimensional Assessment of Personality Pathology-Basic Questionnaire and its relationship with the revised NEO personality inventory in a Japanese sample. *Compr Psychiatry*. 2006;47(6):528–33.
261. Pukrop R, Gentil I, Steinbring I, Steinmeyer E. Factorial structure of the German version of the dimensional assessment of personality pathology-basic questionnaire in clinical and nonclinical samples. *J Pers Disord*. 2001;15(5):450–6.
262. Zheng W, Wang W, Huang Z, Sun C, Zhu J, Livesley WJ. The structure of traits delineating personality disorder in a Chinese sample. *J Pers Disord*. 2002;16(5):477–86.
263. Larstone RM, Jang KL, Livesley WJ, Vernon PA, Wolf H. The relationship between Eysenck's P-E-N model of personality, the five-factor model of personality, and traits delineating personality dysfunction. *Pers Individ Dif*. 2002;33(1):25–37.
264. Back S, Post RD, D'Arcy G. A Study of Battered Women in a Psychiatric Setting. *Women Ther*. 1982;1(2):13–26.
265. Gleason WJ. Mental disorders in battered women: an empirical study. *Violence Vict*. 1993;8(1):53–68.
266. Sansone RA, Reddington A, Sky K, Wiederman MW. Borderline Personality Symptomatology and History of Domestic Violence Among Women in an Internal Medicine Setting. *Violence Vict*. 2007;22(1):120–126.
267. Helfrich CA, Fujiura GT, Rutkowski-Kmitta V. Mental health disorders and functioning of women in domestic violence shelters. *J Interpers Violence*. 2008;23(4):437–53.
268. Watson CG, Barnett M, Nikunen L, Schultz C, Randolph-Elgin T, Mendez CM. Lifetime prevalences of nine common psychiatric/personality disorders in female domestic abuse survivors. *J Nerv Ment Dis*. 1997;185(10):645–7.
269. Gellen MI, Hoffman RA, Jones M, Stone M. Abused and Nonabused Women: MMPI Profile Differences. *Pers Guid J*. 1984;62(10):601–604.
270. Khan FI, Welch TL, Zillmer EA. MMPI-2 profiles of battered women in transition. *J Pers Assess*. 1993;60(1):100–11.

271. Rollstin AO, Kern JM. Correlates of battered women's psychological distress: severity of abuse and duration of the postabuse period. *Psychol Rep.* 1998;82(2):387–94.
272. Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen AM, Kaemmer B. *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2): Manual for administration and scoring.* Minneapolis, MN: University of Minnesota; 1989.
273. Hathaway SR, McKinley JC. *Minnesota multiphasic personality schedule.* Minneapolis, MN: University of Minnesota Press; 1943.
274. Cogan R, Porcerelli JH. Object relations in abusive partner relationships: an empirical investigation. *J Pers Assess.* 1996;66(1):106–15.
275. Pérez-Testor C, Castillo JA, Davins M, Salamero M, San-Martino M. Personality Profiles in a Group of Battered Women: Clinical and Care Implications. *J Fam Violence.* 2007;22(2):73–80.
276. Estrellado AF. Assessing the personality profile of battered women. *Assess Handb.* 2010;4:58–76.
277. Pico-Alfonso MA, Echeburúa E, Martínez M. Personality Disorder Symptoms in Women as a Result of Chronic Intimate Male Partner Violence. *J Fam Violence.* 2008;23(7):577–588.
278. Ballester Comins A, Ventura Álvarez M. Evaluación mediante el Inventario MCMI-III de mujeres víctimas de maltrato psicológico por parte de su anterior pareja. *Rev española Med Leg órgano la Asoc Nac Médicos Forenses.* 2010;36(2):68–76.
279. Millon T. *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II: Manual for the MCMI-II (2nd ed.).* Minneapolis, MN: National Computer Systems; 1987.
280. Millon T, Millon C, Davis R, Grossman S. *MCMI-III Manual (Fourth ed.).* Minneapolis, MN: Pearson Education, Inc; 2009.
281. Coolidge FL, Anderson LW. Personality Profiles of Women in Multiple Abusive Relationships. *J Fam Violence.* 2002;17(2):117–131.
282. Coolidge FL. *Coolidge Axis II Inventory: Manual.* Clermont, FL: Synergistic Office Solutions; 1993.
283. Kool S, Dekker J, Duijsens IJ, de Jonghe F, Puite B. Changes in personality pathology after pharmacotherapy and combined therapy for depressed patients. *J Pers Disord.* 2003;17(1):60–72.
284. Costa PT, Bagby RM, Herbst JH, McCrae RR. Personality self-reports are concurrently reliable and valid during acute depressive episodes. *J Affect Disord.* 2005;89(1-3):45–55.

285. Jang KL, Stein MB, Taylor S, Asmundson GJG, Livesley WJ. Exposure to traumatic events and experiences: aetiological relationships with personality function. *Psychiatry Res.* 2003;120(1):61–9.
286. Rosewater LB. A Critical Analysis of the Proposed Self-Defeating Personality Disorder. *J Pers Disord.* 1987;1(2):190–195.
287. Miller MW, Resick PA. Internalizing and externalizing subtypes in female sexual assault survivors: implications for the understanding of complex PTSD. *Behav Ther.* 2007;38(1):58–71.
288. Löckenhoff CE, Terracciano A, Patriciu NS, Eaton WW, Costa PT. Self-reported extremely adverse life events and longitudinal changes in five-factor model personality traits in an urban sample. *J Trauma Stress.* 2009;22(1):53–9.
289. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Smith L. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc, 1 edition; 1997.
290. Helzer JE, Robins LN. The diagnostic interview schedule: Its development, evolution, and use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1988;23(1):6–16.
291. Hyler SE, Skodol AE, Kellman HD, Oldham JM, Rosnick L. Validity of the Personality Diagnostic Questionnaire--revised: comparison with two structured interviews. *Am J Psychiatry.* 1990;147(8):1043–8.
292. Strube MJ. The decision to leave an abusive relationship: empirical evidence and theoretical issues. *Psychol Bull.* 1988;104(2):236–50.
293. Rhatigan DL, Street AE, Axsom DK. A critical review of theories to explain violent relationship termination: implications for research and intervention. *Clin Psychol Rev.* 2006;26(3):321–45.
294. Amor P, Echeburúa E. Claves Psicosociales para la Permanencia de la Víctima en una Relación de Maltrato. *Clínica Contemp.* 2010;1(2):97–104.
295. Brockner J, Rubin JZ. Entrapment in escalating conflicts: A social psychological analysis. New York: Springer-Verlag; 1985.
296. Festinger L. A theory of cognitive dissonance. Evanston: Row Peterson; 1957.
297. Kelley HH, Thibaut JW. Interpersonal relations: A theory of interdependence. New York: Wiley; 1978.
298. Pfouts JH. Violent families: Coping responses of abused wives. *Child Welfare.* 1978;57:101–111.
299. Rusbult CE. Commitment and satisfaction in romantic associations: A test of the investment model. *J Exp Soc Psychol.* 1980;16(2):172–186.
300. Fishbein M, Ajzen I. Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research. Boston: Addison-Wesley; 1975.

301. Choice P, Lamke LK. A Conceptual Approach to Understanding Abused Women's Stay/Leave Decisions. *J Fam Issues*. 1997;18(3):290–314.
302. Prochaska JO, DiClemente CC. *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of change*. Homewood, IL: Dow Jones/Irwin; 1984.
303. Khaw LBL, Hardesty JL. Leaving an Abusive Partner: Exploring Boundary Ambiguity Using the Stages of Change Model. *J Fam Theory Rev*. 2009;1(1):38–53.
304. Brown J. Working toward freedom from violence. The process of change in battered women. *Violence Against Women*. 1997;3(1):5–26.
305. Burke JG, Denison JA, Gielen AC, McDonnell KA, O'Campo P. Ending intimate partner violence: an application of the transtheoretical model. *Am J Health Behav*. 2004;28(2):122–33.
306. Dutton DG, Painter S. Traumatic bonding: The development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermitent abuse. *Victimology*. 1981;6:139–155.
307. Dutton DG, Painter S. Emotional attachments in abusive relationships: a test of traumatic bonding theory. *Violence Vict*. 1993;8(2):105–20.
308. Montero A. Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*. 2001;12(1):5–31.
309. Edwards KM, Gidycz CA, Murphy MJ. College women's stay/leave decisions in abusive dating relationships: a prospective analysis of an expanded investment model. *J Interpers Violence*. 2011;26(7):1446–62.
310. Rhatigan DL, Shorey RC, Nathanson AM. The impact of posttraumatic symptoms on women's commitment to a hypothetical violent relationship: A path analytic test of posttraumatic stress, depression, shame, and self-efficacy on investment model factors. *Psychol Trauma*. 2011; 3(2):181-191.
311. Anderson DK, Saunders DG. Leaving an abusive partner: an empirical review of predictors, the process of leaving, and psychological well-being. *Trauma Violence Abuse*. 2003;4(2):163–91.
312. Hendy HM, Eggen D, Gustitus C, McLeod KC, Ng P. Decision to Leave Scale: Perceived Reasons to Stay In or Leave Violent Relationships. *Psychol Women Q*. 2003;27(2):162–173.
313. Spitzer RL. Psychiatric diagnosis: are clinicians still necessary? *Compr Psychiatry*. 1983;24(5):399–411.
314. DeLong ER, DeLong DM, Clarke-Pearson DL. Comparing the areas under two or more correlated receiver operating characteristic curves: a nonparametric approach. *Biometrics*. 1988;44(3):837–45.

315. Fleiss JL. Measuring nominal scale agreement among many raters. *Psychol Bull.* 1971;76(5):378–382.
316. Cohen J. A Coefficient of Agreement for Nominal Scales. *Educ Psychol Meas.* 1960;20(1):37–46.
317. Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics.* 1977;33(1):159–74.
318. Nunnally JC. *Psychometric theory.* New York: McGraw-Hill, Book Company; 1978.
319. Beck AT, Steer RA, Brown GK. *Beck Depression Inventory. Second Edition.* San Antonio: The Psychological Corporation; 1996.
320. Sanz J, Perdígón AL, Vázquez C. Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud.* 2003;14(3):249–280.
321. Bremner JD, Bolus R, Mayer EA. Psychometric properties of the Early Trauma Inventory-Self Report. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195(3):211–8.
322. Plaza A, Torres A, Martin-Santos R, Gelabert E, Imaz ML, Navarro P, et al. Validation and test-retest reliability of Early Trauma Inventory in Spanish postpartum women. *J Nerv Ment Dis.* 2011;199(4):280–5.
323. Muthen LK, Muthen BO. *MPlus user's guide.* Los Angeles, CA: Muthen & Muthen; 1998.
324. Weiss SJ, Ernst AA, Cham E, Nick TG. Development of a screen for ongoing intimate partner violence. *Violence Vict.* 2003;18(2):131–41.
325. Nelson HD, Bougatsos C, Blazina I. Screening women for intimate partner violence: a systematic review to update the U.S. Preventive Services Task Force recommendation. *Ann Intern Med.* 2012;156(11):796–808, W–279, W–280, W–281, W–282.
326. MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A, et al. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA.* 2006;296(5):530–6.
327. O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. *Soc Sci Med.* 2011;72(6):855–66.
328. Plazaola-Castaño J, Ruiz-Pérez I, Escribà-Agüir V, Montero-Piñar I, Vives-Cases C. The assessment of intimate partner violence in Spanish women: the index of spouse abuse. *J Interpers Violence.* 2011;26(16):3267–88.

329. Sierra JC, Monge FS, Santos-Iglesias P, Bermudez MP, Salinas MJ. Validation of a reduced Spanish version of the Index of Spouse Abuse. *Int J Clin Heal Psychol.* 2011;11(2):363–383.
330. Santos-Iglesias P, Sierra JC, Vallejo-Medina P. Propiedades psicométricas del index of spouse abuse en una muestra de varones españoles. *Ter psicológica.* 2013;31(2):209–217.
331. Cascardi M, O’Leary KD, Lawrence EE, Schlee KA. Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. *J Consult Clin Psychol.* 1995;63(4):616–23.
332. Ratner PA. The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Can J Public Health.* 1993;84(4):246–9.
333. Follingstad DR, Rutledge LL, Berg BJ, Hause ES, Polek DS. The role of emotional abuse in physically abusive relationships. *J Fam Violence.* 1990;5(2):107–120.
334. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Arch Intern Med.* 2009;169(18):1692–7.
335. Rhodes NR, McKenzie EB. Why do battered women stay? *Aggress Violent Behav.* 1998;3(4):391–406.
336. Rollstin AO, Kern JM. Correlates of battered women’s psychological distress: severity of abuse and duration of the postabuse period. *Psychol Rep.* 1998;82(2):387–94.
337. Dorahy MJ, Lewis C, Wolfe FAM. Psychological distress associated with domestic violence in Northern Ireland. *Curr Psychol Dev.* 2007;25(4):295–305.
338. Palić S, Elklit A. Personality dysfunction and complex posttraumatic stress disorder among chronically traumatized Bosnian refugees. *J Nerv Ment Dis.* 2014;202(2):111–8.
339. Allen JG, Coyne L, Huntoon J. Complex posttraumatic stress disorder in women from a psychometric perspective. *J Pers Assess.* 1998;70(2):277–98.
340. George D, Mallery P. *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference.* 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon; 2003.
341. Rhatigan DL, Street AE. The impact of intimate partner violence on decisions to leave dating relationships: a test of the investment model. *J Interpers Violence.* 2005;20(12):1580–97.
342. Rhatigan DL, Axsom DK. Using the Investment Model to Understand Battered Women’s Commitment to Abusive Relationships. *J Fam Violence.* 2006;21(2):153–162.

343. Walker R, Logan TK, Jordan CE, Campbell JC. An integrative review of separation in the context of victimization: consequences and implications for women. *Trauma Violence Abuse*. 2004;5(2):143–93.

ANEXOS

ANEXO 1.

INDEX OF SPOUSE ABUSE

(ISA; Hudson y McIntosh, 1981)

(Garcia-Esteve y cols., 2011; Torres y cols., 2010)

Este cuestionario ha sido diseñado para valorar aspectos negativos en el trato que Ud. recibe en su relación de pareja. No se trata de un examen, no hay respuestas verdaderas o falsas. Conteste cuidadosamente a cada afirmación marcando con una "X" la respuesta elegida:

Mi pareja:		Nunca	Raras veces	De vez	Frecue n-	Muy Frecue
1.	Me menosprecia					
2.	Exige obediencia a sus caprichos					
3.	Se pone de mal humor y se enfada si le digo que ha bebido demasiado					
4.	Me obliga a tener relaciones sexuales que no me satisfacen					
5.	Se enfada mucho si no tiene la comida, las tareas domésticas o la ropa lista cuando él quiere					
6.	Es celoso y desconfía de mis amigos					
7.	Me da puñetazos					
8.	Me dice que soy fea y poco atractiva					
9.	Me dice que no puedo apañarme o arreglarme sin él					
10.	Se comporta como si yo fuera su sirvienta					
11.	Me insulta y me avergüenza delante de los demás					
12.	Se enfada mucho si no le doy la razón					
13.	Me amenaza con un arma					
14.	Es tacaño en darme dinero para la casa					
15.	Me subestima intelectualmente					
16.	Quiere que me quede en casa para cuidar a los hijos					
17.	Me pega tan fuerte que tengo que ir a Urgencias					
18.	Piensa que no debo trabajar o estudiar					
19.	Es una persona poco amable					
20.	Pone pegas a que me relacione con mis amigas					
21.	Exige sexo sin importarle mi consentimiento					
22.	Me insulta y me maltrata de palabra					
23.	Me golpea en la cara y en la cabeza					
24.	Se vuelve agresivo cuando bebe					
25.	Siempre está mandándome					
26.	Desprecia mis sentimientos					
27.	Se comporta conmigo como un matón					
28.	Me amenaza					
29.	Me trata como si fuese una burra o imbécil					
30.	Se comporta como si quisiera matarme					

ANEXO 2.

PSYCHOLOGICAL MALTREATMENT OF WOMEN INVENTORY

(PMWI-Short Version; Tolman, 1999)

(Garcia-Esteve et al., 2011; Navarro et al., en prensa)

Este cuestionario le preguntará acerca de los acontecimientos que Vd. ha podido experimentar en la relación con su pareja. Conteste cuidadosamente a cada afirmación marcando con una "X" la respuesta elegida:

Mi pareja:		Nunca	Raras veces	De vez en cuando	Frecuentemente	Muy Frecuentemente	No aplicable
1.	Me pone verde.						
2.	Echa pestes de mi.						
3.	Me insulta y me maltrata de palabra.						
4.	Me trata como a un ser inferior.						
5.	Mi pareja controla mi tiempo y por dónde voy.						
6.	Utiliza nuestros ahorros o toma importantes decisiones financieras sin hablarlo conmigo.						
7.	Está celoso o desconfía de mis amigos.						
8.	Me acusa de tener una aventura con otro hombre.						
9.	Interfiere en mis relaciones con otros miembros de la familia.						
10.	Me impide hacer actividades que me van bien.						
11.	Me limita el uso del teléfono o móvil.						
12.	Me dice que mis sentimientos son irracionales o de locos.						
13.	Me hace responsable de sus problemas.						
14.	Intenta que me vuelva loca.						

ANEXO 3.

WOMAN ABUSE SCREENING TOOL

(WAST; Brown et al., 1996)

(Garcia-Esteve et al., 2011)

Conteste cuidadosamente a cada afirmación marcando con una "X" la respuesta elegida:

1.	En general, ¿cómo describiría su relación de pareja?	Muy tensa	Con cierta tensión	Sin tensión
2.	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con.....	Mucha dificultad	Alguna dificultad	Sin dificultad
3.	¿Al terminar las discusiones se siente decaída o mal consigo misma?	Muchas veces	A veces	Nunca
4.	¿Las discusiones terminan en golpes, patadas o discusiones?	Muchas veces	A veces	Nunca
5.	¿Siente miedo de lo que su pareja diga o haga?	Muchas veces	A veces	Nunca
6.	¿Su pareja la ha maltratado a usted físicamente?	Muchas veces	A veces	Nunca
7.	¿Su pareja la ha maltratado a usted psicológicamente?	Muchas veces	A veces	Nunca
8.	¿Su pareja ha abusado sexualmente de usted?	Muchas veces	A veces	Nunca

ANEXO 4.

PARTNER VIOLENCE SCREEN

(PVS; Feldhaus et al., 1997)

(Garcia-Esteve et al., 2011)

1.	¿Durante el último año ha sido golpeada, recibido patadas o puñetazos, o ha recibido otro tipo de maltrato físico?	SI	NO
En caso afirmativo, ¿por parte de quién?			
2.	¿Se siente segura en su relación de pareja actual?	SI	NO
3.	¿Se siente amenazada por alguna de sus parejas anteriores?	SI	NO

