

**Trabajo de final de máster:**

Maltrato en la familia de origen y violencia en la relación de pareja adulta: análisis del vínculo en una muestra de mujeres víctimas de violencia de género

**Máster en Psicología General Sanitaria**

Año académico 2023-2024

Esther Llabrés Álvarez

Trabajo tutelado por Berta Aznar

Departamento de Psicología

## **RESUMEN**

La violencia de pareja íntima (VPI) es un grave problema de salud pública a nivel mundial y uno de los tipos de violencia más comunes contra las mujeres. En el año 2022, la cifra de víctimas de violencia de género ha ascendido a 32.644 — un 8,3% más respecto al año anterior — dejando constancia de la gravedad de la problemática. Este estudio tiene por objetivo analizar el vínculo entre el maltrato en la familia de origen y la violencia de pareja en mujeres víctimas de violencia de género.

La muestra se ha compuesto de 60 mujeres víctimas de violencia en la pareja adulta de edades comprendidas entre 19 y 72 años, provenientes del Centro Médico Psicológico Vidal y Barraquer, de la unidad UNADOM: Atención especializada a mujeres maltratadas. Las variables analizadas en el presente estudio son el perfil sociodemográfico, convivencia con los hijos, maltrato en la infancia, observación de violencia en la familia, tipo de abuso (físico, psicológico y/o sexual) experimentado en la pareja adulta y el perfil clínico. Los resultados revelan relaciones estadísticamente significativas entre la violencia en la pareja adulta, el maltrato en la infancia y el nivel socioeconómico. Los hallazgos subrayan la evidencia acumulada sobre la VPI como tema de investigación relevante, por su magnitud y consecuencias.

*Palabras clave:* violencia de género, violencia de pareja íntima (VPI), maltrato infantil, personalidad

## **ABSTRACT**

Intimate partner violence (IPV) is a serious public health problem worldwide and one of the most common types of violence against women. In the year 2022, the number of victims of IPV has risen to 32,644 — 8.3% more than the previous year — leaving evidence of the

seriousness of the problem. This study aims to analyze the link between abuse in the family of origin and partner violence in women victims of gender violence.

The sample consisted of 60 female victims of intimate partner violence aged between 19 and 72 years, from the Vidal y Barraquer Psychological Medical Center, from the UNADOM unit: Specialized care for abused women. The variables analyzed in the present study are the sociodemographic profile, cohabitation with children, maltreatment in childhood, observation of violence in the family, type of abuse (physical, psychological and/or sexual) experienced in the adult partner and the clinical profile. The results reveal statistically significant relationships between adult partner violence, childhood maltreatment and socioeconomic status. The findings underline the accumulated evidence on IPV as a relevant research topic, due to its magnitude and consequences.

*Key words: gender violence, intimate partner violence (IPV), child maltreatment, MCMI-III, personality*

## **Introducción**

La violencia contra la mujer se considera una violación de los derechos humanos, según la Organización Mundial de la Salud (2021). El Instituto Nacional de Estadística (2022) define la violencia de género como todo acto de violencia de un hombre contra su pareja o expareja mujer, mientras que la doméstica es cualquier acto de violencia física o psicológica ejercido tanto por un hombre como por una mujer sobre familiares. La violencia de pareja íntima (VPI) es un problema de salud pública, debido a su alta prevalencia, así como a su gran impacto a nivel individual, social y familiar (Organización Mundial de la Salud, 2016). La VPI es uno de los tipos más comunes de violencia contra las mujeres: incluye comportamientos de los hombres contra sus parejas y/o ex parejas, como las agresiones físicas, coacción sexual, maltrato psicológico y comportamientos controladores (Teva et al., 2023). A nivel mundial, es considerada una pandemia que afecta al 30% de las mujeres mayores de 15 años a lo largo de su vida. De hecho, alrededor del 38% de los asesinatos de mujeres son cometidos por sus parejas íntimas (OMS, 2017).

La Estadística de Violencia Doméstica y de Género del INE pone de manifiesto que la magnitud de la violencia que padecen las mujeres a manos de sus parejas o exparejas es bastante superior a la violencia que se da en el ámbito familiar: no sólo hay 3,6 veces más víctimas de violencia de pareja, sino que las condenas por este maltrato a las mujeres son cinco veces más numerosas que las de violencia doméstica. Estos datos corroboran que la violencia sí tiene género y que no forma parte exclusivamente de la violencia intrafamiliar, tal y como algunos negacionistas defienden, siendo necesaria una legislación específica que combata la violencia estructural machista. En consonancia a estos datos una de cada cuatro mujeres y uno de cada diez hombres sufren algún tipo de violencia de pareja (Evans et al., 2020).

En el año 2021 se contabilizaron 30.141 víctimas de violencia de género. Son un 3,2% más que en 2020 (INE, 2021). En el año 2022, la cifra ascendió a 32.644, aumentando un 8,3% respecto al año anterior (INE, 2022). Según los datos obtenidos mediante encuestas poblacionales en 161 países entre el año 2000 y el 2018, casi una de cada tres mujeres (un 30%) ha sufrido violencia física y/o sexual por su pareja, violencia sexual por alguien que no era su pareja, o ambas. (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Según el artículo 4 de la ley 17/2020 de la Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado, sobre el derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista, se define a ésta como manifestación de discriminación y de situación de desigualdad en el marco de un sistema de relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres que tiene como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico, ya sea en ámbito público o privado (AEBOE, 2021). Según el artículo 3 de esta misma ley, existen 8 diferentes tipos de violencia machista, pudiéndose ejercer de forma puntual o reiterada:

- a) Violencia física: abarca cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de una mujer, con el riesgo de producirle un daño o lesión física.
- b) Violencia psicológica: todo comportamiento u omisión que genera en una mujer su desvalorización o sufrimiento, en forma de amenazas, humillación, vejaciones, desprecio, exigencia de obediencia o sumisión, insultos o cualquier otra limitación a su libertad.
- c) Violencia sexual: comprende cualquier acto que atente contra la libertad sexual de la mujer generando un contexto en el que se impone una práctica sexual sin su consentimiento ni voluntad, independientemente del vínculo que exista entre la mujer y su agresor/agresores. Incluye el acceso corporal, mutilación genital, los matrimonios forzados y la trata de mujeres con finalidad de explotación sexual, entre otras conductas.

- d) Violencia obstétrica: impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas, afectando a la salud sexual y reproductiva.
- e) Violencia económica: se refiere a la privación intencionada y no justificada de recursos que garantizan el bienestar físico y/o psicológico de la mujer. Incluye el obstaculizar la disposición de los recursos propios o compartidos en el ámbito familiar o de pareja y la apropiación ilegítima de los bienes de la mujer.
- f) Violencia digital: abarca aquellos actos de violencia machista y misoginia en línea cometidos a través de tecnologías de la comunicación e información, afectando a la dignidad y los derechos de las mujeres.
- g) Violencia vicaria: cualquier tipo de violencia ejercida contra los hijos e hijas con el fin de provocar daño psicológico a la madre.

La violencia de género parte de la existencia de unos valores culturales que establecen la dominación de los hombres sobre las mujeres, incrementando la violencia para generar y mantener el control en ellas y en sus relaciones en general. La representación histórica y cultural de la dominación masculina se ve favorecida por la tolerancia social y sienta las bases estructurales e ideológicas que promueven la violencia hacia las mujeres, por razones de su género (Henaó, 2016; Ruiz, 2015).

Así como los estereotipos de género y el rol que se le adjudica a cada sexo influyen directamente en el crecimiento personal de los individuos, los valores que les sean inculcados en su infancia también determinarán su personalidad en la vida adulta. Las creencias idealizadas sobre el poder superior del hombre, tan presentes en nuestra sociedad, suponen un obstáculo para el desarrollo de la mujer y perpetúan la violencia hacia ella (Illescas et al., 2018).

Dado que la violencia de pareja no es detectada con facilidad, es difícil calcular su incidencia real (Dicola, 2016). Esta dificultad puede deberse a que en muchas ocasiones la víctima espera o cree que el abuso terminará, que es su propia culpa, porque siente empatía hacia su agresor o porque teme no ser capaz de mantenerse por sí misma o a sus hijos si la relación termina (Chadambuka, 2022; Podaná, 2021). La violencia perpetrada por la pareja íntima puede causar más daño psicológico que la perpetrada por un extraño, debido a que el agresor es una persona en la que la víctima confía y existe un vínculo que no justifica la violencia como un acto aleatorio (Lagdon et al., 2014). Este tipo de violencias pueden provocar secuelas físicas permanentes que alcanzan altos niveles de severidad (Bichard et al., 2021; Kaur et al., 2020). Asimismo, el funcionamiento cognitivo, como la atención y las funciones ejecutivas, puede verse también afectado (Valera et al., 2017). También existen otros síntomas clínicos asociados a las víctimas de la violencia, tal y como describen Sugg et al., (2015): dolor crónico, trastornos gastrointestinales, obesidad, síntomas de insomnio, fatiga e infecciones genitourinarias. También se observa hipertensión, el abuso de sustancias y la diabetes (Breiding et al., 2014; Devries et al., 2014; Zilkens et al., 2017; Vitoria-Estruch et al., 2018).

Un estudio realizado por Casas et al., (2020) sobre el sufrimiento psicológico de las víctimas de maltrato por parte de sus parejas, donde se utilizó el SCL-90-R para medir las dimensiones primarias en mujeres abusadas, concluyó que los síntomas psicológicos que presentan éstas se encuentran por encima de la población psiquiátrica ambulatoria, la cual se respalda por la cantidad promedio de síntomas encontrados: 56 en el caso de dichas víctimas y 52,03 la media poblacional. Asimismo, las dimensiones que destacan en estas mujeres víctimas de violencia doméstica son las siguientes: depresión, obsesión-compulsión, ansiedad y somatización (Avdibegović, 2006; Jaramillo et al., 2003; Mattos et al., 2016).

A nivel psicológico, también se incluyen alteraciones de sueño, depresión y ansiedad, estrés post-traumático e intentos de suicidio (Spencer et al., 2019). En términos generales, los trastornos de la personalidad se han asociado a la perpetración de VPI (Collison & Lynam, 2021).

Algunos estudios señalan que la violencia de pareja más común es la física (Pérez et al., 2016), sin embargo, según Smith et al., (2018) la violencia psicológica es la forma más común de VPI reportada tanto por hombres (34,2%) como por mujeres (36,4%), seguida de la violencia física (31%, 30,6%), sexual violencia (8,2%, 18,3%), y acoso (2,2%, 10,4%, respectivamente). Otro aspecto relevante en el abordaje de la violencia en la relación de pareja, es la relación que existe entre ésta y el hecho de haber experimentado violencia en la infancia. Los resultados señalan que las personas que fueron maltratadas en su familia de origen y/o presenciaron violencia entre sus padres presentan mayor riesgo de ser victimarios o víctimas de malos tratos en una relación de pareja (Capaldi et al., 2012; Herrenkohl et al., 2018; Li et al., 2019; Rey-Anaconda, 2015; Saint-Eloi et al., 2019).

No obstante, aunque exista una relación entre la violencia intrafamiliar y la violencia en las relaciones de pareja, la transmisión intergeneracional de la violencia no es determinante (Cascardi et al., 2018). Estudios como el de Torres et al., (2023) señalan que el maltrato infantil aumenta el riesgo de VPI, posiblemente debido a alteraciones en la regulación de las emociones, el apego, las creencias básicas desadaptativas, la disociación y los síntomas psicopatológicos.

La literatura científica actual muestra cierta relación entre el hecho de haber sido víctima de maltrato en la infancia y la VPI, así como diversos estudios han analizado las sintomatología y patología de las mujeres que han sido víctimas de violencia de género. Aún así, los estudios son insuficientes dado a la gravedad del problema, y por ello los objetivos del presente estudio son los siguientes:



1. Explorar el perfil sociodemográfico de una muestra de mujeres víctimas de violencia de género.
2. Evaluar la prevalencia de maltrato en la infancia en una muestra de mujeres víctimas de violencia de pareja.
3. Analizar el tipo de maltrato en la relación de pareja adulta.
4. Analizar el perfil clínico de las mujeres víctimas de violencia de pareja.
5. Explorar la relación entre el maltrato en la infancia y la violencia en la pareja adulta.
6. Explorar la relación entre las variables sociodemográficas y haber experimentado violencia física, psíquica y/o sexual en la relación de pareja adulta.

Las hipótesis iniciales, partiendo de la literatura científica existente, son las siguientes:

- La prevalencia de maltrato en la infancia en una muestra de mujeres víctimas de violencia en la pareja será elevada
- Las formas de violencia más comunes en la relación de pareja íntima serán la física y la psicológica
- Haber sufrido violencia en la pareja provoca puntuaciones más elevadas en las subescalas del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III), siendo las más prevalentes ansiedad y estrés post-traumático
- Existen relaciones estadísticamente significativas entre haber sufrido maltrato en la infancia y violencia en la pareja
- Existen relaciones estadísticamente significativas entre el estatus socioeconómico y la violencia de pareja

## MÉTODO

### *Diseño del estudio*

Se trata de un diseño no experimental, de tipo transversal descriptivo, mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia de 60 mujeres que han sufrido maltrato en la pareja, y han asistido a un centro de atención psicológica durante un periodo comprendido entre los años 2012 y 2021.

### *Participantes*

En el presente estudio ha participado una muestra clínica de 60 mujeres víctimas de violencia en la pareja adulta. La muestra está formada por 60 mujeres de edades comprendidas entre 19 y 72 años, con una edad media de 42,82 años ( $DE= 11,826$ ). La muestra proviene del centro médico psicológico Vidal y Barraquer, de la unidad UNADOM: Atención especializada a mujeres maltratadas, una unidad subvencionada por la Generalitat de Catalunya desde el año 2003. Se trata de un servicio público y gratuito para mujeres que están siendo o han sido víctimas de violencia machista y precisan de ayuda psicológica en régimen ambulatorio. Los instrumentos de evaluación administrados, así como la propia atención terapéutica, tienen como objetivo conocer la historia de victimización — es decir, las circunstancias del maltrato — examinar la existencia de trastornos psiquiátricos, evaluar síntomas clínicos y sintomatología psiquiátrica y evaluar la capacidad para un trabajo terapéutico con el objetivo de ajustar el tratamiento a las necesidades de cada paciente.

### *Instrumentos*

La entrevista semiestructurada para mujeres maltratadas (Echeburúa, 1997; versión validada en catalán de Pérez et al., 2002) recogió las variables sociodemográficas utilizadas en este estudio. Se trata de una entrevista exploratoria que se utiliza con mayor frecuencia en las ciencias sociales con fines de investigación cualitativa o para recopilar datos clínicos. El entrevistador desarrolla y utiliza una «guía de entrevista» que contiene una lista de preguntas y temas que deben cubrirse durante la conversación, generalmente en un orden particular, aunque con apertura para variar el orden de las preguntas si se requiere para que la conversación sea más fluida. Su versatilidad permite el descubrimiento, con espacio para

seguir trayectorias temáticas a medida que se desarrolla la conversación, mediante una combinación de preguntas cerradas y abiertas en función de las respuestas del entrevistado. La duración máxima de este tipo de entrevista suele ser de 1 hora, para evitar la fatiga de ambos participantes. Esta fórmula permite al entrevistador conversar y facilitar la comunicación bidireccional. Las variables sociodemográficas utilizadas en este estudio son edad de la muestra, estado civil, nivel de estudios, nivel socioeconómico, la convivencia de los hijos y la situación laboral, recogidas mediante la Entrevista semiestructurada para mujeres maltratadas (Echeburúa, 1997; versión validada en catalán de Pérez et al., 2002). Además, se han tenido especialmente en cuenta las preguntas 33 y 34: “Has sufrido maltrato en la infancia?” y “Ha habido experiencias de maltrato en tu familia de origen?”, para registrar la presencia de maltrato en la infancia, y la pregunta 13 para registrar el tipo de abuso experimentado (físico, psicológico y/o sexual) en la pareja adulta.

Mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III), se evaluó la presencia de trastornos de la personalidad y diferentes síndromes clínicos. Presenta dos ejes: Eje I (engloba los diferentes síndromes clínicos de gravedad moderada y severa) y el Eje II (donde se incluyen escalas básicas y patológicas de la personalidad). Además, dispone también de escalas psicométricas. El MCMI-III (Millon, 1997; versión española de Cardenal & Sánchez, 2007) es un inventario de autoinforme que consta de 175 ítems dicotómicos (verdadero o falso). Comprende 4 escalas de validez, 11 escalas de patrones de personalidad clínica, 3 escalas de personalidad grave, 7 escalas de síndromes clínicos y 3 escalas de síndromes graves. El MCMI-III se interpreta utilizando puntuaciones de transformación de la tasa base (BR). La presencia de una puntuación BR inferior a 75 ( $BR < 75$ ) se considera no clínicamente relevante. Cuando las puntuaciones BR se sitúan entre 74 y 85, esto sugiere la presencia de rasgos y síntomas asociados al trastorno, aunque no a nivel diagnóstico. Una puntuación de BR superior a 84 ( $BR > 84$ ) refleja un rasgo o síntoma a nivel diagnóstico. La adaptación española presenta coeficientes alfa entre 0,65 y 0,88 y una alta fiabilidad test-retest (0,91) (Cardenal & Sánchez, 2007). Las variables evaluadas mediante el MCMI-III se dividen en 5 categorías: escalas de validez, patrones clínicos de la personalidad, patología grave de la personalidad, síndromes clínicos y síndromes clínicos graves. Asimismo, estas categorías se subdividen en escalas diagnósticas, registradas mediante puntuaciones directas:

- Escalas de validez: sinceridad, deseabilidad social y devaluación.

- Patrones clínicos de la personalidad: esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo (sádico), compulsivo, negativista (pasivo-agresivo) y autodestructivo.
- Patología grave de la personalidad: esquizotípico, límite y paranoide.
- Síndromes clínicos: ansiedad, somatomorfo, bipolar, distímico, dependencia al alcohol, dependencia de sustancias y estrés post-traumático.
- Síndromes clínicos graves: trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante.

Las variables que registran el perfil clínico de la muestra son las puntuaciones obtenidas en las diferentes subescalas del MCMI-III (Millon, 1997; versión española de Cardenal & Sánchez, 2007): esquizoide, evitativo, depresivo, dependiente, histriónico, narcisista, antisocial, agresivo (sádico), compulsivo, negativista (pasivo-agresivo), autodestructivo, esquizotípico, límite, paranoide, ansiedad, somatomorfo, bipolar, distímico, dependencia al alcohol, dependencia de sustancias, estrés post-traumático, trastorno del pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante.

### *Procedimiento*

Se reclutaron las participantes que formaban parte de la unidad UNADOM, y se mantiene y garantiza la confidencialidad de datos de acuerdo con la legislación española sobre protección de datos de acuerdo con la legislación española sobre protección de datos de carácter personal (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre). La recogida de los datos tuvo lugar entre el 2002 y el 2021. Las participantes firmaron un documento de consentimiento informado.

Los criterios de inclusión para participar fueron: mujeres mayores de 18 años que estuvieran siendo atendidas en la UNADOM. La recogida de datos se realizó por parte de las psicoterapeutas que atendieron a las mujeres. Los métodos y cuestionarios utilizados en el presente estudio han sido aprobados por el Comité de Ética del Instituto Universitario de Salud Mental Vidal y Barraquer, de la Universidad Ramón Llull.

### *Análisis estadístico*

En el presente estudio se han llevado a cabo análisis descriptivos mediante el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 28.0.1. Para los análisis se han utilizado la prueba Chi-Cuadrado de Pearson en aquellas variables categóricas y en las continuas se ha realizado la media y la prueba utilizada es T de Student.

## **RESULTADOS**

### *Análisis de las variables sociodemográficas*

En la cuanto al nivel de estudios, el 30,3% de la muestra tiene estudios universitarios, el 21,2% tiene estudios secundarios, el 18,2% tiene formación profesional, el 15,2% tiene estudios primarios completos, el 3% tiene los estudios primarios incompletos y el 12,1% de la muestra no ha contestado a esta pregunta.

En cuanto al nivel socioeconómico, un 4,5% de la muestra refiere tener un nivel medio-alto, el 24,2% un nivel medio, el 25,8% un nivel bajo-medio , el 21,2% un nivel bajo y el 13,6% de la muestra no ha contestado.

En cuanto a la situación laboral, el 36,4% de la muestra trabaja, el 21,2% tiene un subsidio de enfermedad, el 9,1% tiene subsidio de paro, el 16,7% no trabaja y no tiene subsidio, el 6,1% no trabaja y se desconoce si se tiene subsidio y el 10,6% de la muestra no ha contestado a esta pregunta.

En la tabla 1 se pueden observar las variables sociodemográficas de la muestra.

**Tabla 1***Variables sociodemográficas de una muestra de mujeres víctimas de violencia machista*

<b>Variables</b>	<b>%</b>
<b>Estado civil</b>	
Separadas	43,9
Solteras	24,2
Casadas	13,6
Convivencia con pareja estable	7,6
En trámites de separación	1,5
<b>Convivencia de los hijos</b>	
Con la víctima	37,9
Con el progenitor	6,1
Independizados	12,1
Con familiares de la víctima	3
Servicios Sociales	3
<b>Nivel de estudios</b>	
Estudios universitarios	30,3
Estudios secundarios	21,2
Formación profesional	18,2
Estudios primarios completos	15,2
Estudios primarios incompletos	3
<b>Nivel socioeconómico</b>	
Medio-alto	4,5
Medio	24,2
Bajo-medio	25,8
Bajo	21,2
<b>Situación laboral</b>	

Sí trabaja	36,4
Subsidio de enfermedad	21,2
Subsidio de paro	9,1
No trabaja y no tiene subsidio	16,7
No trabaja y se desconoce que tenga subsidio	6,1

---

Nota: Resultados de las variables sociodemográficas

*Prevalencia del maltrato infantil en la muestra de mujeres y tipo de abuso experimentado en la vida adulta*

En cuanto al maltrato en la infancia ( $m= 1,72$  ,  $DE= 1,627$ ), un 55% de las mujeres ha sufrido maltrato en la infancia ( $n=33$ ) y un 41,7% no ( $n=25$ ), (3,3% de las mujeres no han contestado a la pregunta).

En cuanto a la observación de violencia en la familia ( $m= 1,75$  ,  $DE=1,622$ ), un 51,7% de las mujeres sí ha observado episodios de violencia en su familia ( $n= 31$ ), y un 45% no ( $n=27$ ), (3,3% de las mujeres no han contestado a la pregunta).

En cuanto al abuso físico ( $m=1,33$  ,  $DE=0,475$ ), un 66,7% de las mujeres ha sufrido abuso físico en la pareja adulta ( $n=40$ ) y un 33,3% no ( $n= 20$ ).

En cuanto al abuso psicológico ( $m=1,05$  ,  $DE=0,220$ ), un 66,7% de las mujeres ha sufrido abuso psicológico en la pareja adulta ( $n=40$ ) y un 33,3% no ( $n= 20$ ).

En cuanto al abuso sexual ( $m=1,53$  ,  $DE=0,503$ ), un 46,7% de las mujeres ha sufrido abuso sexual en la pareja adulta ( $n= 28$ ), y un 53,3% no ( $n=32$ ).

*Análisis del perfil clínico de las mujeres víctimas de violencia de pareja*

En cuanto a los patrones clínicos de personalidad, el patrón que más se da en la muestra de mujeres es el compulsivo ( $m=61,22$  ,  $DE= 17,392$ ), seguido del dependiente ( $m=58,95$  ,  $DE=$

22,523), el depresivo (m=57,08 , DE= 21,157), el evitativo (m=52,18 , DE= 24,047) y el esquizoide (m= 51,37 , DE= 20,719). Los patrones que presentan menor puntuación son el antisocial (m=45,28 , DE= 21,392) y el agresivo (m=43,78 , DE= 18,712).

Véase a continuación, en la tabla 2, los resultados de las 11 subescalas de los patrones clínicos de la personalidad.

**Tabla 2**

*Patrones clínicos de la personalidad*

<b>Nombre</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
Esquizoide	51,37	20,719
Evitativo	52,18	24,047
Depresión mayor	57,08	21,157
Dependiente	58,95	22,523
Histriónico	49,10	25,533
Narcisista	50,60	19,199
Antisocial	45,28	21,392
Agresivo (sádico)	43,78	18,712
Compulsivo	61,22	17,392
Negativista	47,95	18,926
Autodestructivo	47,95	18,926

Nota: Las 11 subescalas de los patrones clínicos de la personalidad del MCMI-III (Millon, 1997; versión española de Cardenal & Sánchez, 2007).



En cuanto a la patología grave de la personalidad, el patrón más común en la muestra es el paranoide (m: 50,87 ; DE: 22,681), seguido del límite (m: 48,37 ; DE: 21,333) y el esquizotípico (m: 44,97 ; DE: 22,195).

En cuanto a los síndromes clínicos, el más común es la ansiedad (m: 75,02 ; DE: 27,889), seguido del distímico (m: 64,57 ; DE: 25,785) y el estrés post-traumático (m: 61,20 ; DE: 19,998). El patrón con menor puntuación es la dependencia de sustancias (m: 43,12 ; DE: 25,181).

Véase a continuación, en la tabla 3, los resultados de las 7 subescalas de los síndromes clínicos del MCMI-III (Millon, 1997; versión española de Cardenal & Sánchez, 2007).

Tabla 3

*Síndromes clínicos*

<b>Nombre</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
Ansiedad	75,02	27,889
Somatomorfo	59,92	31,040
Bipolar	50,67	22,335
Distímico	64,57	25,785
Dependencia al alcohol	54,83	19.636
Dependencia de sustancias	43,12	25,181
Estrés post-traumático	61,20	19,998

Nota: Las 7 subescalas de los síndromes clínicos de la personalidad del MCMI-III (Millon, 1997; versión española de Cardenal & Sánchez, 2007).

En cuanto a los síndromes clínicos graves, el patrón más común en la muestra es la depresión mayor (m: 58,65 ; DE: 29,753), seguido del trastorno del pensamiento (51,95 ; DE: 19,987) y el trastorno delirante (m: 45,48 ; DE:30,516).

Véase a continuación, en la tabla 4, los patrones y síndromes clínicos de la personalidad más comunes en una muestra de mujeres víctimas de violencia de pareja (Millon, 1997; versión española de Cardenal & Sánchez, 2007).

Tabla 4

*Prevalencia de los patrones clínicos de la personalidad y síndromes clínicos del MCMI-III en una muestra de mujeres víctimas de violencia machista*

<b>Nombre</b>	<b>M</b>	<b>DE</b>
Ansiedad	75,02	27,889
Distímico	64,57	25,785
Estrés post-traumático	61,20	19,998
Somatomorfo	59,92	31,040
Dependiente	58,95	22,523
Depresión mayor	58,65	21,157

Nota: Patrones y síndromes clínicos de la personalidad más comunes en una muestra de mujeres víctimas de violencia de pareja (Millon, 1997; versión española de Cardenal & Sánchez, 2007).

*Relación entre el maltrato en la infancia y la violencia en la pareja*

En este apartado cabe destacar los siguientes resultados:

La relación es estadísticamente significativa entre haber sufrido maltrato en la infancia ( $p < 0,001$ ) y haber sufrido abuso físico en la pareja adulta ( $p < 0,010$ ). También es estadísticamente significativa entre haber sufrido maltrato en la infancia ( $p < 0,001$ ) y haber sufrido abuso psicológico en la pareja adulta ( $p < 0,010$ ). En cambio, la relación no es

estadísticamente significativa entre haber sufrido maltrato en la infancia ( $p < 0,001$ ) y haber sufrido abuso sexual en la pareja adulta ( $p < 0,606$ ).

### *Relación entre las variables sociodemográficas y la violencia en la pareja*

Los resultados más relevantes muestran que la relación es estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico ( $p < 0,001$ ) y haber sufrido abuso físico en la pareja adulta ( $p < 0,010$ ), y también es estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico ( $p < 0,001$ ) y haber sufrido abuso psicológico en la pareja adulta ( $p < 0,001$ ). En cambio, la relación no es estadísticamente significativa entre el nivel socioeconómico ( $p < 0,001$ ) y haber sufrido abuso sexual en la pareja adulta ( $p < 0,606$ ).

## **DISCUSIÓN**

Las hipótesis iniciales de este estudio parten de que la prevalencia de maltrato en la infancia en una muestra de mujeres víctimas de violencia en la pareja será elevada, que las formas de violencia más comunes en la relación de pareja íntima serán la física y la psicológica, que el haber sufrido violencia en la pareja provoca puntuaciones más elevadas en las subescalas del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III) y que existen relaciones estadísticamente significativas entre haber sufrido maltrato en la infancia y violencia en la pareja, así como entre las variables sociodemográficas y la violencia en la pareja.

En referencia a las características demográficas, la violencia de pareja tiende a ser más frecuente entre las parejas con menores ingresos, estrés financiero y desempleo (Capaldi et al., 2016). Los resultados del presente estudio desafían lo que cabría esperar, dado que un 30,3% de la muestra tiene estudios universitarios, en contraposición los estudios que señalan el bajo nivel educativo como factor predictor de la VPI (Delara et al., 2016; Fageeh et al.,

2014; Kidman et al., 2017; Meekers et al., 2013). No obstante, el 25,8% presenta un nivel socioeconómico medio-bajo, apoyando los resultados de estudios recientes que señalan una mayor prevalencia en grupos con un nivel de ingresos más bajo (Basile et al., 2022; Campbell et al., 2023; Ummak et al., 2022). Los resultados señalan relaciones estadísticamente significativas entre el nivel socioeconómico ( $p < 0,001$ ) y la violencia física ( $p < 0,010$ ) en la pareja adulta, así como entre el el nivel socioeconómico ( $p < 0,001$ ) y la violencia psicológica en la pareja ( $p < 0,001$ ), confirmando la hipótesis inicial y la correlación entre el estatus socioeconómico y la presencia de VPI, y tal y como señalan investigaciones anteriores (Coll et al., 2020; Hajian et al., 2018; Koen et al., 2015).

Por lo que respecta al estatus laboral, el 36,4% de la muestra dispone de empleo, en contraposición con los estudios que señalan el desempleo como factor predictor de la VPI (Capaldi et al., 2016). No obstante, un 21,2% dispone de un subsidio de enfermedad; aunque la causa de esto no se ha recogido para el presente estudio, las participantes referían tener ansiedad, depresión, fatiga y alteraciones del sueño, coincidiendo con las secuelas físicas y psicológicas de la exposición a la violencia que señalan otros estudios (Casas et al., 2020; Devries et al., 2014; Mattos et al., 2016; Sugg et al., 2015; Zilkens et al., 2017; Vitoria-Estruch et al., 2018).

En referencia al maltrato en la infancia y su relación con la violencia de pareja íntima (VPI), los resultados del presente estudio señalan que sí existe una relación estadísticamente significativa entre haber sufrido maltrato en la infancia y haber sufrido abuso físico y/o psicológico en la pareja adulta, tal y como se hipotetizó en un principio. Los estudios longitudinales sobre estos y otros temas son limitados (Sousa et al., 2021); no obstante, la investigación existente vincula el maltrato infantil a una serie de problemas posteriores en la vida adulta, incluyendo la violencia en la pareja (Fuller-Thomson et al., 2019; Sousa et al., 2018). De hecho, la VPI es tanto una consecuencia del maltrato infantil como un factor de

riesgo de violencia posterior y mala salud (Sousa et al., 2022). El 55% de la muestra de mujeres víctimas de violencia machista ha sufrido maltrato en la infancia y el 51% ha observado episodios de violencia en su familia, confirmando la estrecha relación entre las formas tempranas de violencia (ya sea física y/o psicológica) como factores de riesgo de violencia en la pareja adulta (Mrug et al., 2019; Li et al., 2019; Smith et al., 2018) y confirmando la hipótesis inicial de que la prevalencia de maltrato en la infancia en una muestra de víctimas de VPI sería elevada, tal y como señalan estudios anteriores (Torres et al., 2023; Saint-Eloi et al., 2019). La VPI es el resultado de complejas interacciones entre diferentes factores que cambian a lo largo del tiempo, remontando su inicio a los primeros años de vida donde se desarrollan los esquemas adaptativos que construyen la personalidad y las distintas formas de socialización y, a lo largo de la vida, van reforzando creencias básicas preexistentes (Pilkington et al., 2021). La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977) es una perspectiva que revela lo determinantes que son los patrones intergeneracionales de violencia y abuso existentes dentro de las familias (Jung et al., 2019). Según esta teoría, los niños que experimentan violencia durante su infancia corren mayor riesgo de perpetrarla y de ser víctimas debido a que integran estilos relacionales basados en lo que perciben como “normal” dentro de su familia. Si la violencia es algo usual, los niños llegan a considerarla como forma de expresar sus emociones, inclusive la ira y la frustración. También las propias vivencias de abuso pueden dejar a la persona emocionalmente afectada; los individuos con historiales de abuso son más propensos a recurrir a la violencia en sus propias relaciones y a convertirse en víctimas, porque es lo que conocen y han podido acabar normalizando.

Según el estudio realizado por Smith et al., (2018), la mayoría de mujeres (71%) informan de un primer encuentro con la violencia física, psicológica y sexual de la pareja antes de los 25 años. El 66,7% de nuestra muestra refiere haber sufrido abuso físico en la pareja, el 66,7% refieren abuso psicológico y el 46,7% abuso sexual, reafirmando la

prevalencia de la violencia física y psicológica sobre las distintas manifestaciones de VPI (Gracia-Leiva et al., 2019; Hellmann et al., 2018; Lau et al., 2018, Pérez et al., 2016, Smith et al., 2018), tal y como se hipotetizó en un principio. Los escasos trabajos para revisar sistemáticamente el estado de esta investigación se han centrado principalmente en la VPI física, así como en el trastorno antisocial y el trastorno límite de la personalidad como factores de riesgo de VPI (Spencer et al., 2019). En el presente estudio se han explorado la presencia de trastornos de la personalidad y diferentes síndromes clínicos, mediante las 24 subescalas del Inventario de Personalidad Multiaxial de Millon (MCMI-III). Confirmando la hipótesis inicial, las puntuaciones obtenidas en el MCMI-III son elevadas, siendo la media más baja ( $m= 43,12$ ) la correspondiente al consumo de sustancias. Por otro lado, los síndromes clínicos de la personalidad más comunes han sido la ansiedad ( $m= 75,02$ ), el síndrome distímico ( $m= 64,57$ ), el estrés post-traumático ( $m=61,20$ ), el somatomorfo ( $m=59,92$ ) y el patrón dependiente ( $m= 58,95$ ), confirmando lo hallado en estudios anteriores (Collison et al., 2021; Mattos et al., 2016).

Este estudio realiza importantes contribuciones a la investigación sobre las asociaciones entre la VPI y la exposición a la violencia en edades tempranas, las características sociodemográficas y la personalidad. Atiende a posibles interacciones con el nivel de estudios, nivel socioeconómico y situación laboral como factores contextuales que interactúan en la presencia de VPI, advirtiendo la importancia de la prevención desde un enfoque multifactorial. Por lo que respecta al campo de la intervención, incluye un extenso análisis sobre su posible incidencia en los patrones y síndromes clínicos de la personalidad, más allá de los estudios enfocados primordialmente en TLP y TEPT (Gilbar et al; 2020; Hébert et al., 2021; Karatzias et al., 2021). La VPI se integra en un sistema dinámico de influencia, por lo que se requiere un enfoque multifactorial, que aborde factores de riesgos de todos los niveles y sus posibles combinaciones para mitigarlo o disminuirlo. Aunque cada vez

gane más reconocimiento y en consecuencia mayor intervención, la violencia contra la mujer constituye una pandemia en la sombra que da comienzo desde las primeras formas de aprendizaje de los individuos.

No obstante, el presente estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, nos encontramos ante un estudio transversal, por lo que no es posible establecer la dirección de las causalidades. En segundo lugar, dado que la información extraída es exclusivamente autodeclarada (mediante cuestionarios) limita las conclusiones extraídas del presente estudio, puesto que no ha sido contrastada mediante medios externos. En tercer lugar, los resultados deben interpretarse con cautela y corroborar mediante nuevas investigaciones, dado el tamaño relativamente pequeño de la muestra. Por último, los resultados obtenidos no se pueden generalizar al resto de la población dado el carácter intencional de la muestra, seleccionada en base a unas características: mujeres víctimas de violencia machista, mayores de 18 años, que estuvieran siendo atendidas en la UNADOM; pero son útiles para poder establecer relaciones entre la VPI y la exposición a la violencia en la infancia, las características sociodemográficas y su incidencia en los síndromes clínicos de la personalidad.

Aunque se reconoce la naturaleza multidimensional de la VPI, así como la dificultad que supone intentar abarcar todos los posibles factores predictivos, la presente investigación denuncia la importancia de poner el foco y establecer un plan de actuación más efectivo sobre este fenómeno. Los resultados de este estudio reflejan cómo la violencia se aprende desde su exposición en la niñez, atendiendo al contexto sociodemográfico y a cómo afecta a la futura personalidad y conducta de la persona, y confirmando la evidencia acumulada sobre la VPI como tema de investigación relevante, por su magnitud y consecuencias. Como se ha comentado anteriormente, debido a la naturaleza de correlación cruzada de nuestro diseño, y al tratarse de un estudio preliminar, la interpretación de las posibles direcciones causales es

limitada. Los estudios longitudinales que comparen los incidentes de violencia familiar y de pareja durante un periodo de tiempo más prolongado permitirán establecer vías causales.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Agencia Estatal del Boletín Oficial del Estado (2021). Modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. <https://www.boe.es/eli/es-ct/l/2020/12/22/17>
2. Avdibegović, E., & Sinanović, O. (2006). Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croatian medical journal*, 47(5), 730–741
3. Basile, K., Smith, G., Wang, J., & Friar, N. (2022). Characteristics and Impacts of Sexual Violence and Stalking Victimization by the Same Perpetrator Using a Nationally Representative Sample. *Journal of aggression, maltreatment & trauma*, 32(9), 1271–1284. <https://doi.org/10.1080/10926771.2022.2133660>
4. Bichard H., Byrne C., Saville CWN., et al. (2021) The neuropsychological outcomes of non-fatal strangulation in domestic and sexual violence: A systematic review. *Neuropsychol Rehabil ;1(29):1–29*. <https://doi.org/10.1080/09602011.2020.1868537>

5. Breiding, M.J.; Chen, J.; Black, M. (2016) Intimate Partner Violence in the United States; *National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention: Atlanta, GA, USA.*
6. Campbell, J. C., Anderson, J. C., McFadgion, A., Gill, J., Zink, E., Patch, M., Callwood, G., & Campbell, D. (2018). The Effects of Intimate Partner Violence and Probable Traumatic Brain Injury on Central Nervous System Symptoms. *Journal of women's health (2002)*, 27(6), 761–767. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6311>
7. Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W., & Kim, H. K. (2012). A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner abuse*, 3(2), 231–280. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.231>
8. Cardenal, V., & Sánchez-López, M. P. (2007). Adaptación y baremación del cuestionario MCMI-III al español (Millon Clinical Multiaxial Inventory) de Millon (1997) Madrid, España: TEA Ediciones
9. Cascardi, M., Chesin, M., & Kammen, M. (2018). Personality correlates of intimate partner violence subtypes: A latent class analysis. *Aggressive behavior*, 44(4), 348–361. <https://doi.org/10.1002/ab.21756>

10. Chadambuka, C. (2022). Coping strategies adopted by women who experienced intimate partner violence in the context of social norms in rural areas in Zimbabwe. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(5–6), 2776–2822. <https://doi.org/10.1177/0886260520943734>
11. Coll, C. V. N., Ewerling, F., García-Moreno, C., Hellwig, F., & Barros, A. J. D. (2020). Intimate partner violence in 46 low-income and middle-income countries: an appraisal of the most vulnerable groups of women using national health surveys. *BMJ global health*, 5(1), e002208. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-002208>
12. Collison, K. L., & Lynam, D. R. (2021). Personality disorders as predictors of intimate partner violence: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 88, 102047. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102047>
13. Colque J.L., (2020) Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Educa UMCH. Revista sobre Educación y Sociedad*, 2020, 15(1), 5-22. <https://doi.org/10.35756/educaumch.v1i15.129>
14. Delara M. (2016) Mental health consequences and risk factors of physical intimate partner violence. *Mental health in family medicine*; 12:119–25. 14. DOI:[10.25149/1756-8358.1201004](https://doi.org/10.25149/1756-8358.1201004)

15. Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., & Watts, C. H. (2015). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS medicine*, *10*(5), e1001439. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>
16. Dicola, D., & Spaar, E. (2016). Intimate Partner Violence. *American family physician*, *94*(8), 646–651.
17. Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. & Saucá, D. (1997). Entrevista Semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico
18. Espinoza S., Vivanco R., & Vargas A., (2019) Violencia en la familia y en la relación de pareja en universitarios de Osorno, Chile. *Open Edition Journals*. <http://journals.openedition.org/polis/16993>
19. Evans, M., Lindauer, M., & Farrell, M. (2020). A pandemic within a pandemic: Intimate partner violence during Covid19. *New England Journal of Medicine*, *383*(24), 2302–2304. <https://doi.org/10.1056/NEJMp2024046>

20. Fageeh W. (2015). Factors associated with domestic violence: a cross-sectional survey among women in Jeddah, Saudi Arabia. *BMJ open*, 4(2), e004242. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004242>
21. Fuller-Thomson, E., Sawyer, J. L., & Agbeyaka, S. (2021). The Toxic Triad: Childhood Exposure to Parental Domestic Violence, Parental Addictions, and Parental Mental Illness as Factors Associated With Childhood Physical Abuse. *Journal of interpersonal violence*, 36(17-18), NP9015–NP9034. <https://doi.org/10.1177/0886260519853407>
22. Gracia-Leiva, M., Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., & Páez-Rovira, D. (2019). La violencia en el noviazgo (VN): una revisión de meta-análisis. *Anales de Psicología*, 35(2), 300-313. DOI: <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.2.333101>
23. Guzman Torres, E., Krause-Utz, A., & Sack, M. (2023). Predictors of complex PTSD: the role of trauma characteristics, dissociation, and comorbid psychopathology. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 10(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00208-7>
24. Gilbar O., & Ford J. (2020) Indirect effects of PTSD and complex PTSD in the relationship of polyvictimization with intimate partner violence victimization and

perpetration among men in mandated treatment. *European Journal of Psychotraumatology*. 11(1):1794653. DOI: 10.1080/20008198.2020.1794653.

25. Hajian S., Kasaeinia S., & Doulabi M. (2018) The effect of resilience and stress coping styles on suicide attempts in females reporting spouse-related abuse. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*;12(3). DOI:[10.5812/ijpbs.13091](https://doi.org/10.5812/ijpbs.13091)

26. Hellmann, D. F., Kinninger, M. W., & Kliem, S. (2018). Sexual Violence against Women in Germany: Prevalence and Risk Markers. *International journal of environmental research and public health*, 15(8), 1613. <https://doi.org/10.3390/ijerph15081613>

27. Henao, N. (2016). Lineamientos de atención y protección para la Rama Judicial. Bogotá: ISBN: 978-958-8909-85-1. Doi de <https://repository.oim.org.co/bitstream/handle/20.500.11788/1294/COLOIM056.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

28. Herrenkohl, I., Fedina, L., Roberto, K. A., Raquet, K. L., Hu, R. X., Rousson, A. N., & Mason, W. A. (2022). Child Maltreatment, Youth Violence, Intimate Partner Violence, and Elder Mistreatment: A Review and Theoretical Analysis of Research on Violence Across the Life Course. *Trauma, violence & abuse*, 23(1), 314–328. <https://doi.org/10.1177/1524838020939119>

29. Illescas, M., Segarra, J., & Lazo, E. (2018). Factores socioculturales que influyen en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Killkana Social*, 2(3), 187–196. [https://doi.org/10.26871/killkana\\_social.v2i3.348](https://doi.org/10.26871/killkana_social.v2i3.348)
30. Instituto Nacional de Estadística (2022) Estadística de violencia doméstica y violencia de género. Año 2022. [https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206](https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176866&menu=ultiDatos&idp=1254735573206)
31. Jung, H., Herrenkohl, T. I., Skinner, M. L., Lee, J. O., Klika, J. B., & Rousson, A. N. (2019). Gender Differences in Intimate Partner Violence: A Predictive Analysis of IPV by Child Abuse and Domestic Violence Exposure During Early Childhood. *Violence against women*, 25(8), 903–924. <https://doi.org/10.1177/1077801218796329>
32. Karatzias, T., Vallières, F., Bondjers, K., Shevlin, M., Cloitre, M., Ben-Ezra, M., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Astill Wright, L., & Hyland, P. (2021). Complex PTSD symptoms mediate the association between childhood trauma and physical health problems. *Journal of psychosomatic research*, 142, 110358. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110358>

33. Kaur, N., & Kumar, A. (2020). Vitriolage (vitriolism) - a medico-socio-legal review. *Forensic science, medicine, and pathology*, 16(3), 481–488.  
<https://doi.org/10.1007/s12024-020-00230-7>
34. Kidman R. (2017). Child marriage and intimate partner violence: a comparative study of 34 countries. *International journal of epidemiology*, 46(2), 662–675.  
<https://doi.org/10.1093/ije/dyw225>
35. Koen N., Wyatt G., Williams J., Zhang M., Myer L., & Zar H. (2015). Intimate partner violence: associations with low infant birthweight in a South African birth cohort. *Metabolic Brain Disease*; 29(2):281.  
<https://doi.org/10.1007/s11011-014-9525-4> PMID: 2472920743
36. Lagdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2015). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 5, 10.3402/ejpt.v5.24794.  
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794>
37. Mattos, Y., Montalvo, M., y Oviedo, A. (2016). Daño psicológico en mujeres víctimas de violencia conyugal. Recuperado de:  
[http://www.bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/3993/1/Da%C3%B1os%20psicol%C3%B3gicos%20mujeres\\_Yuris%20Mattos%20Q\\_2016.pdf](http://www.bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/3993/1/Da%C3%B1os%20psicol%C3%B3gicos%20mujeres_Yuris%20Mattos%20Q_2016.pdf)



38. Meekers, D., Pallin, S. C., & Hutchinson, P. (2015). Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC women's health*, *13*, 28. <https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-28>
39. Millon, T., Davis, R., & Millon, C. (1997). Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. (3<sup>rd</sup> ed.), Minneapolis, MN: NCS Pearson
40. Modi, M. N., Palmer, S., & Armstrong, A. (2014). The role of Violence Against Women Act in addressing intimate partner violence: a public health issue. *Journal of women's health (2002)*, *23*(3), 253–259. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4387>
41. Muñoz-Rivas, M., Bellot, A., Montorio, I., Ronzón-Tirado, R., & Redondo, N. (2021). Profiles of Emotion Regulation and Post-Traumatic Stress Severity among Female Victims of Intimate Partner Violence. *International journal of environmental research and public health*, *18*(13), 6865. <https://doi.org/10.3390/ijerph18136865>
42. Organización Mundial de la Salud (2021). Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra la mujer y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual sufrida por la mujer por alguien que no es su pareja. *Violence against women Prevalence Estimates*.

43. Organización Mundial de la Salud (2021). Violencia contra la mujer. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
44. Pilkington, P. D., Noonan, C., May, T., Younan, R., & Holt, R. A. (2021). Early maladaptive schemas and intimate partner violence victimization and perpetration: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 28(5), 1030–1042. <https://doi.org/10.1002/cpp.2558>
45. Podaná, Z. (2021). Patterns of intimate partner violence against women in Europe: Prevalence and associated risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75, 772-778. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214987>
46. Rey-Anaconda, C. (2015). Variables asociadas a los malos tratos en el noviazgo en adolescentes y adultos jóvenes. *Acta Colombiana de Psicología*, 18(1), 159-171. DOI: 10.14718/ ACP.2015.18.1.15
47. Ruiz, P. T. (2015). Algunas consideraciones sobre la mujer víctima del delito de violación. *Sociológica México*, (Vol 6. Numero 17). Recuperado de: <https://sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/article/view/848/821>

48. Siria S., fernández-Montalvo J., Echaury J., Arteaga A., Azkárate J., & Martínez M. (2021) Differential MCMI-III psychopathological profiles between intimate partner violence perpetrators with and without childhood family violence. *Clinical Psychology and Psyschoteraphy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2557>
49. Spencer, C., Mallory, A. B., Cafferky, B. M., Kimmes, J. G., Beck, A. R., & Stith, S. M. (2019). Mental health factors and intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. *Psychology of Violence*, 9(1), 1–17. <https://doi.org/10.1037/vio0000156>
50. Sousa, C., Mason, W. A., Herrenkohl, T. I., Prince, D., Herrenkohl, R. C., & Russo, M. J. (2018). Direct and indirect effects of child abuse and environmental stress: A lifecourse perspective on adversity and depressive symptoms. *The American journal of orthopsychiatry*, 88(2), 180–188. <https://doi.org/10.1037/ort0000283>
51. Sugg N. (2015). Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *The Medical clinics of North America*, 99(3), 629–649. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2015.01.012>
52. Ummak E., Turken S., & Akin D. (2022). Understanding Intimate Partner Violence Among Ethnic and Sexual Minorities: Lived Experiences of Queer Women in Norway. *Violence against women*, 1-26. DOI: 10.1177/10778012221147912

53. Valera, E., & Kucyi, A. (2017). Brain injury in women experiencing intimate partner-violence: neural mechanistic evidence of an "invisible" trauma. *Brain imaging and behavior*, *11*(6), 1664–1677. <https://doi.org/10.1007/s11682-016-9643-1>
54. Vitoria-Estruch, S., Romero-Martínez, Á., Lila, M., & Moya-Albiol, L. (2018). Could Alcohol Abuse Drive Intimate Partner Violence Perpetrators' Psychophysiological Response to Acute Stress?. *International journal of environmental research and public health*, *15*(12), 2729. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122729>
55. Zilkens, R. R., Smith, D. A., Kelly, M. C., Mukhtar, S. A., Semmens, J. B., & Phillips, M. A. (2017). Sexual assault and general body injuries: A detailed cross-sectional Australian study of 1163 women. *Forensic science international*, *279*, 112–120. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2017.08.001>