FACTORES BIOPSICOSOCIALES PARA LA PREVENCIÓN DEL EJERCICIO DE LA VIOLENCIA MASCULINA SOBRE LA PAREJA.

ESTUDIO RANDOMIZADO Y MULTICÉNTRICO EN UNA MUESTRA ESPAÑOLA

Autores: Ángel Cuñado Yuste; Cecilia Llorens-Herrera Ruano; Claudio Maruottolo

2018-19

Promovido por:

Subvencionado por:

ENPLEGUKO ETA GIZARTE POLITIKETAKO SAILA
Gizarte Politiketako Sailburuordetza

DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y POLÍTICAS SOCIALES
Viceconsejería de Políticas Sociales

Índice

1. Introducción 3
2. Material y Método 11
2.1. Declaración de ética de la investigación: 12
2.2. Participantes y procedimiento de la investigación: 12
2.3. Descripción de los instrumentos psicométricos utilizados en la investigación: 13
Apego Adulto: 13
Apego de pareja: 14
Trastorno Límite de la Personalidad: 14
Impulsividad: 15
Regulación y desregulación emocional: 16
Personalidad: 17
Enojo/Ira: 17
Sexismo: 18
Trauma infantil: 18
2.4. Diseño: 19
Análisis de los Datos: 19
3. Resultado 20
3.1. Descripción de la Muestra 20
3.2. Diferencias entre los grupos en las variables medidas en el estudio 22
Apego Básico 22
McLean 23
BIS 24
DERS 25
NEO 28
ST 29
ASI 32
AP 34
3.3. Relaciones entre las variables del estudio 35
McLean 35
BIS 36
DERS 37
NEO 40
ST 42
ASI 44
CTQ 45
AP 46
4. Análisis de Regresión Logística 46
4.1. Violencia vs. Control: 47
5. Discusión 51
6. Conclusiones 54
7. Bibliografía 56

Índice de Tablas

Tabla 1. *Estadísticos descriptivos de las variables continuas en los tres grupos en estudio.* 22
Tabla 2. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario McLean en los tres grupos en estudio.* 24
Tabla 3. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario BIS en los tres grupos en estudio.* 25
Tabla 4. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario DERS en los tres grupos en estudio.* 27
Tabla 5. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario NEO en los tres grupos en estudio.* 29
Tabla 6. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario ST en los tres grupos en estudio.* 31
Tabla 7. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario ASI en los tres grupos en estudio.* 33
Tabla 8. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario AP en los tres grupos en estudio.* 34
Tabla 9. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario BIS en los tres grupos en estudio.* 37
Tabla 10. *Correlaciones entre las escalas DERS y las demás escalas del estudio.* 39
Tabla 11. *Correlaciones entre las escalas NEO y las demás escalas del estudio.* 41
Tabla 12. *Correlaciones de Spearman entre las escalas del instrumento ST.* 42
Tabla 13. *Correlaciones de Spearman entre las escalas del instrumento ST y las demás escalas.* 43
Tabla 14. *Correlaciones de Spearman entre las escalas del instrumento ASI.* 44
Tabla 15. *Correlaciones de Spearman entre las escalas del instrumento ASI y los instrumentos CTQ y AP.* 45
Tabla 16. *Correlaciones de Spearman entre las escalas del instrumento CTQ.* 45
Tabla 17. *Correlaciones de Spearman entre las escalas del instrumento CTQ y las escalas del instrumento AP.* 46
Tabla 18. *Ajuste del modelo de regresión logística según la prueba de Hosmer-Lemeshow, porcentaje de varianza explicada a partir de R2 de Nagelkerke, y porcentaje de casos clasificados de forma correcta por el modelo.* 47
Tabla 19. Resultados del modelo de regresión logística para cada uno de los predictores. 48
Tabla 20. *Ajuste del modelo de regresión logística según la prueba de Hosmer-Lemeshow, porcentaje de varianza explicada a partir de R^2 de Nagelkerke, y porcentaje de casos clasificados de forma correcta por el modelo.* 48
Tabla 21. Resultados del modelo de regresión logística para cada uno de los predictores. 49
Tabla 22. *Ajuste del modelo de regresión logística según la prueba de Hosmer-Lemeshow, porcentaje de varianza explicada a partir de R^2 de Nagelkerke, y porcentaje de casos clasificados de forma correcta por el modelo.* 50
Tabla 23. *Resultados del modelo de regresión logística para cada uno de los predictores.* 50

1. Introducción

Existe una creciente conciencia científica y asistencial del problema de la violencia de pareja. La alta prevalencia de resultados adversos para la salud relacionados con la violencia de pareja está bien documentada (Chisholm, Bullock, Ferguson, 2017) . Sin embargo, todavía sabemos poco sobre las vías que conducen a eso resultados adversos para la salud. Dilucidar científicamente los factores permitiría elaborar constructos predictores para su comprensión y para el abordaje en los tratamientos en todos los niveles de la prevención. Las investigaciones relacionadas con el funcionamiento psicológico y las alteraciones psiquiátricas, neurológicas, conductuales, fisiológicas y sociales integradas, que caracterizan a los perpetradores de violencia a sus parejas, comienzan en los últimos años a dar resultados más concluyentes.

La violencia de pareja es un problema importante de salud pública y social que afecta a las personas en diversas culturas y sociedades de todo el mundo. Esta premisa tiene sus antecedentes históricos en el interés propuesto como prioridad que dieron los organismos internacionales desde la década de los noventa del siglo pasado, tanto para su estudio como para la actuación asistencial en todos los niveles de prevención.

La Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó en 1993 la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres(UNGA, 1993). En esa convención se reconocieron la necesidad de la aplicación universal a las mujeres de los derechos y principios en materia de igualdad, seguridad, libertad, integridad y dignidad de todos los seres humanos. En 1996, la OMS lo declaró prioridad en salud pública. En esa cuadragésima novena Asamblea Mundial de la Salud, respaldando la Declaración de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social recomienda la implementación de políticas, programas específicos de salud pública y servicios sociales para prevenir la violencia en la sociedad y mitigar sus efectos. Reconoce, además las graves consecuencias inmediatas y futuras para la salud y el desarrollo psicológico y social que la violencia representa para las personas, las familias, las comunidades y los países. Asimismo, recomendó promover estudios sobre la violencia dando prioridad a la investigación en salud pública, preparar y difundir

programas de prevención de la violencia en naciones, estados y comunidades de todo el mundo (WHO, 1996).

En el 2002 la Organización Mundial de la Salud define la violencia como “el uso intencional de la fuerza física o el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona, un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (WHO, 2002a). En la naturaleza de la violencia se destacan la física, la sexual, la psíquica y las privaciones o el descuido. Dentro de las tipologías este informe destaca tres tipos: la violencia autoinfligida, la violencia interpersonal y la violencia colectiva. La violencia interpersonal se divide en dos subcategorías: violencia familiar o de pareja: esto es, la violencia que se produce sobre todo entre los miembros de la familia o de la pareja (WHO, 2002b).

La violencia en la pareja se refiere a cualquier comportamiento dentro de una relación íntima que causa daño interpersonal, psíquico o sexual a los miembros de la relación. Este comportamiento incluye: Agresiones físicas: por ejemplo, abofetear, golpear con los puños, patear. Maltrato psíquico: por ejemplo, mediante intimidación, denigración y humillación constantes. Relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual. Diversos comportamientos dominantes: por ejemplo, aislar a una persona de su familia y amigos, vigilar sus movimientos y restringir su acceso a la información o asistencia. Cuando la violencia en el ámbito intimo se produce reiteradamente en la misma relación, el fenómeno suele denominarse “maltrato”. La violencia en la pareja se produce en todos los países, independientemente del grupo social, económico, religioso o cultural. Aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas, y la violencia también se da a veces en las parejas del mismo sexo, la violencia en la pareja es soportada en proporción abrumadora por las mujeres e infligida por los hombres (Heise, Ellsberg, Gottemoeller, 1999; WHO, 1997; Stewart, Vigod, Riazantseva, 2016).

La violencia de pareja es común en todo el mundo y ocurre en más de un tercio sobre las mujeres y estas cifras se incrementan cuando las mujeres padecen trastornos psiquiátricos. Además de las lesiones físicas, las violencias en las víctimas pueden causar secuelas de salud mental, como depresión, ansiedad, trastorno de

estrés postraumático, psicosis, incapacidad para confiar en los demás, autolesiones y una serie de afecciones psicosomáticas, el abuso del alcohol, el uso de sustancias ilícitas. Estas pueden ser causas de atención médica general o ser hallazgos en exploraciones de los psiquiatras, psicólogos u otros profesionales de la salud mental (Stewart, Vigod, 2017; Hink, Toschlog, Waibel, Bard, 2015; Armenti, Snead, Babcock, 2018; Dutton, Green, Kaltman, Roesch, Zeffiro, Krause, 2006). Del otro lado, cuando estudiamos la perpetración de actos de violencia en la pareja, distintos estudios objetivan que más del 75% de la violencia contra las mujeres es ejercida por sus parejas íntimas masculinas. La prevalencia mundial de violencia física y sexual por parte de la pareja íntima sobre las mujeres es del 30,1%, con un rango entre el 23,2% y el 37,7% para diferentes regiones globales.

En la perpetración distintas investigaciones establecen que la violencia masculina contra las mujeres resulta de una complejidad ecológica interconectada de factores biológicos, psicológicos, económicos y sociológicos.

Estudios que correlacionan el papel biológico y psicobiológico en la tendencia a la perpetración proponen distintos componentes como estructuras cerebrales, sistemas hormonales o neurotransmisores. Además, respuestas neuropsicológicas como la impulsividad, la desregulación emocional y el propio sistema de apego que intervienen en la violencia entre otras en la pareja. Estos estudios también muestran que se presenta la violencia en la pareja en una multiplicidad de factores bio-psico-sociales interrelacionados (Fleming, McCleary-Sills, Morton, Levtov, Heilman, Barker, 2015; Lewis, Sullivan, Angley, Callands, Divney, Magriples, Gordon, Kershaw, 2017; Romero-Martínez, Lila, Moya-Albiol, 2016; Montoya, Terburg, Bos, van Honk, 2012; Reinhard, Konrath, López, Cameron, 2012; Romero-Martínez, González-Bono, Lila, Moya-Albiol, 2013; Jarneckea, Bardenb, Back, Bradya, Flanagana, 2018). Así, hallazgos neuropsicológicos informan de que gran parte de los hombres que ejercen maltrato contra sus parejas presentan déficits en funciones ejecutivas, memoria, atención, capacidades intelectuales y empatía. Estos déficits podrían ser producto de un funcionamiento anormal de estructuras como los córtex prefrontal y occipital, el giro fusiforme y el cingulado posterior, el hipocampo, el tálamo y la amígdala. En el mismo estudio se investigaron dos factores coadyuvantes a estas deficiencias como los traumatismos craneoencefálicos y el abuso de alcohol. Estos estudios

demostraron que esas condiciones exacerbaban los déficits ya presentes en los maltratadores, pero que por sí solos no eran suficientes per se para explicarlos (Romero-Martínez, Moya-Albiol, 2013; Vitoria-Estruch, Romero-Martínez, Lila, Moya-Albiol, 2018; Zhang, Kerich, Schwandt, Rawlings, McKellar, Momenan, Hommer, George, 2013). Otro estudio ha demostrado que los individuos agresivamente proactivos presentan un patrón diferente de desregulación del sistema nervioso autónomo y emocional que individuos no violentos. Todos los perpetradores de violencia en la pareja obtuvieron puntuaciones más altas en disfunciones ejecutivas e impulsividad que los controles, pero los perpetradores de violencia en la pareja con uso de alcohol obtuvieron niveles más altos de disfunción (Vitoria-Estruch, Romero-Martínez, Lila, Moya-Albiol, 2018). Estos descubrimientos se integran dentro de los factores predisponentes para un trastorno de la personalidad, el apego patológico, la desregulación emocional y la violencia en la pareja (Velotti, Beomonte Zobel, Rogier, Tambelli, 2018; Okano, Langille, Walsh, 2016; Iverson, McLaughlin, Adair, Monson, 2014; González, Igoumenou, Kallis, 2016).

En relación al sistema de apego, este es crucial durante los primeros años de vida según Bowlby (1988) asumiendo que está activo igualmente durante toda la vida. Desde esta perspectiva, el sistema de apego se manifiesta en las tendencias de los adultos a buscar proximidad y apoyo cuando están amenazados o angustiados y afecta muchos aspectos del funcionamiento psicológico y social. Estudios más recientes del sistema de apego han indicado que las amenazas reales o simbólicas causan que los adultos busquen proximidad física activando representaciones mentales relacionadas con la seguridad para obtener un efecto neuropsicológico calmante. La violencia, interpretada por los investigadores del apego es explicada como un intento disfuncional de mantener la estabilidad en la pareja y estos factores estresantes están fuertemente influenciados por el desarrollo y el estado actual de sus relaciones íntimas. (Bowlby, 1988; Ein-Dor, Mikulincer, Shaver, 2011; Loinaz, Echeburúa, 2012). Del mismo modo, al proponer los efectos de una deficiente regulación emocional, diversos autores proponen que la combinación de emociones negativas más ansiedad, combinada por un apego traumático pueden estar en la base de las conductas desreguladas (Frederickson, Messina, Grecucci, 2018).

La desregulación emocional es un constructo multidimensional que indica las dificultades en el manejo de las emociones cuando se experimenta una angustia negativa (Gratz, Roemer, 2004). La desregulación emocional se refiere específicamente a las dificultades con: (a) aceptar o tolerar emociones negativas, (b) participar en un comportamiento apropiado o dirigido hacia el objetivo, (c) controlar los impulsos, (d) prestar atención y reconocer las respuestas emocionales, (e) utilizar los métodos apropiados en estrategias de regulación emocional, y (f) tener claro qué emociones se están experimentando. Se ha teorizado que la desregulación emocional dificulta la inhibición de los impulsos agresivos lo que resulta en un mayor riesgo de perpetración de violencia en la pareja (Finkel, 2007). Estudios que correlacionan la desregulación emocional y el apego objetivan que están íntimamente enlazados, como así también con la angustia señal asociada con la perpetración física y sexual masculina en la violencia de pareja. Además, la desregulación emocional en el contexto del abuso de alcohol podría funcionar de manera sinérgica con el deterioro en los procesos cognitivos asociados con el consumo de alcohol representando una combinación potencialmente peligrosa en términos de riesgo de perpetración (Tharp, Schumacher, McLeish, Samper, Coffey, 2012).

De igual modo, vemos como diferentes estudios psicológicos correlacionales indican que la historia de violencia sufrida en la infancia está íntimamente ligada a distintos estados psicopatológicos y su presencia en los antecedente de perpetradores de agresión en la pareja se encuentran en niveles estadísticamente significativos (Zerubavel, Messman-Moore, 2018; Perepletchikova, Ansell, Axelrod, 2012; Catalán, Díaz, Angosto, Zamalloa, Martínez, Guede, Aguirregomoscorta, Bustamante, Larrañaga, Osa, Maruottolo, Fernández-Rivas, Bilbao, Gonzalez-Torres, 2018). Entre los hallazgos psicopatológicos encontrados en estos estudios se incluyen: trastornos afectivos, trastorno de estrés postraumático, síntomas psicóticos y trastornos de la personalidad. Estos estudios determinan mecanismos potenciales mediante los cuales el maltrato infantil puede aumentar el riesgo de varias formas de psicopatología: (a) hipervigilancia a la amenaza, (b) déficit en el reconocimiento y comprensión de las emociones, (c) baja capacidad de respuesta a la recompensa (d) alteraciones en el reconocimiento facial. En base a estos estudios, junto con otros, muestran como el maltrato infantil sufrido por perpetradores muestran tasas elevadas de rasgos de personalidad antisocial, de consumo de alcohol o de sustancias

adictivas y son factores que actúan como coadyuvantes para desarrollar trastornos psiquiátricos y violencia en la pareja (Jaffee, 2017; Shah, Von Mach, Fedina, Link, DeVylder; Coid, Ullrich, Bebbington, Fazel, Keers, 2016; Reingle,, Jennings, Connell, Businelle, Chartier, 2014; Jonas, Khalifeh, Bebbington, McManus, Brugha, Meltzer, Howard, 2007; Corral, Calvete, 2014).

Íntimamente relacionado con los estudios precedentes se encuentra el enojo o ira que está siendo estudiado en relación con la violencia en la pareja. El enojo o ira es definido como una emoción en un momento particular, caracterizada por sentimientos subjetivos que varían en intensidad, desde una molestia o irritación hasta furia o rabia intensa. Esta emoción, va acompañada generalmente de tensión muscular y activación del Sistema Nervioso Autónomo (Spielberger, 1991). El rasgo de enojo se define como la disposición a percibir una amplia gama de situaciones como molestas o frustrantes, y a experimentar un aumento en su expresión. Este autor distingue tres direcciones de la expresión del enojo, a las cuales denomina: enojo hacia afuera, enojo hacia adentro y control de enojo. El enojo hacia afuera es la expresión de esta emoción hacia otras personas u objetos del entorno (ej.: dar portazos, insultar, gritar, golpear objetos o personas, etc.). Se lo considera una forma inadecuada de expresar el enojo. El enojo hacia adentro es la supresión de los sentimientos de enojo (ej.: guardarse los pensamientos relacionados con la situación que provocó el enojo, sentirse furioso, pero no manifestarlo, etc.). Esta dirección que toman dichos sentimientos también se la considera inadecuada y como veremos está relacionada con la violencia en la pareja.

Las personas con características límite de personalidad pueden ser susceptibles a reaccionar a factores estresantes con una emocionalidad negativa e interpersonalmente desadaptativa como el enojo y la agresión. El estudio asoció positivamente las características límite con la sensibilidad al rechazo, y la agresión física y psicológica. El rasgo de la ira o enojo medió con mayor fuerza la relación entre los rasgos de personalidad límite y la agresión psicológica. Según este estudio, la ira rasgo puede ser una variable explicativa importante en la relación entre las características límite de la personalidad y la agresión psicológica específicamente (Armenti, Babcock, 2018).

La ira o enojo es una reacción emocional ante la amenaza, la frustración o la provocación social. La ira o enojo disfuncional se relaciona con el trastorno de desregulación y el trastorno límite de la personalidad, aumentando el riesgo de agresión reactiva (Blair, 2018). Las revisiones sobre el tema han identificado la ira rasgos como un factor elevado de riesgo para la perpetración de violencia de pareja. En un trabajo de revisión se efectuó un meta-análisis examinando las asociaciones entre la ira, la hostilidad, la internalización de las emociones negativas y la violencia en la pareja en los perpetradores de sujetos masculinos y femeninos. Se incluyeron 61 estudios para el análisis. La perpetración de violencia en la pareja se asoció moderadamente con los constructos de ira, hostilidad e internalización de emociones negativas. Estas asociaciones fueron más fuertes para aquellos que perpetraron violencia de pareja de moderada a grave. El estudio agrega que no variaron según el sexo, el método de medición, el tipo de relación o la población de pertenencia del perpetrador (Birkley, Eckhardt, 2015).

A estos factores estudiados de los órdenes biológico, psicológico, psicobiológico y psiquiátrico debe agregarse, según diferentes estudios, los factores sociales. Dentro de este orden uno de ellos es el sexismo, este es un factor determinante que hace sinergia en otras características de los sujetos masculinos con actitudes a la perpetración de la violencia hacia sus parejas femeninas (Renzetti, Lynch, DeWall, 2018). El sexismo se define comúnmente como prejuicio y discriminación sobre la base del sexo. Esta categoría social que estudiamos en los hombres y como variable de investigación para este estudio queda subdividida, por diversos autores, en dos tipos diferentes de sexismo: el sexismo hostil y el sexismo benevolente. El sexismo hostil se refiere a "la antipatía hacia las mujeres que son vistas como usurpadoras del poder de los hombres", mientras que el sexismo benévolo se define como "una ideología caballerosamente y subjetivamente favorable que ofrece protección y afecto a las mujeres que asumen roles convencionales". De manera que, las propuestas teóricas muestran que el concepto de sexismo benévolo y el sexismo hostil son componentes complementarios de control, según las cuales la protección y el afecto de los hombres hacia la mujer dependen de la adhesión de las mujeres a las normas tradicionales de género (Glick, Sakalli-Ugurlu, Ferreira, de Souza, 2002).

De manera similar en 2010, investigadores correlacionaron la regulación de la emoción y las normas sociales masculinas culturalmente aceptadas. La investigación se llevó a cabo mediante escalas autoaplicadas y las variables estudiadas de normas sociales se centraron en ideales de masculinidad como tenacidad, estoicismo, autosuficiencia, instrumentalidad y el uso de la violencia. La muestra se obtuvo mediante reclutamiento de un grupo clínico de hombres en tratamiento por participar en la violencia de pareja. Los autores hallaron que la desregulación emocional asociada con ideales de género fue el predictor más fuerte de perpetración de violencia física y psicológica en la pareja (Tager, Good, Brammer, 2010).

Otro aspecto en relación con la violencia ejercidas por perpetradores de la pareja es compararla con la violencia intrafamiliar e incluso con la extrafamiliar, es decir, la violencia ejercida por perpetradores en ámbito comunitario. Los estudios desarrollados muestran diferencias cuantitativas y no cualitativas entre los tres grupos de perpetradores, aunque los mismos estudios recomiendan continuar investigando los rasgos de personalidad psicopática en población comunitaria, clínica y convicta (Theobald, Farrington, Coid, Piquero, 2015).

Dado lo descripto a lo largo de este estudio de revisión, ningún factor por si solo ha podido ser demostrado e identificado como factor directo en la perpetración de la violencia en la pareja. Así, de las revisiones estudiadas sostenemos que la violencia en todas sus formas debe ser representada como un constructo complejo. Este concepto se sustenta en que no debe ser reducido a ideas lineales sobre uno causando el otro (Bennett, Bland, 2009). En este sentido, vemos como en los estudios de las últimas décadas, sobre características de los perpetradores, hacen énfasis en investigaciones integrando correlaciones de los factores bio-psico-sociales predisponentes en la complejidad de este problema que afecta a la salud pública y social (Brem, Florimbio, Elmquist, Shorey, Stuart, 2018; McHugh, Frieze, 2006; Swanberg, Logan, Macke, 2005).

El objetivo de este estudio multicéntrico es examinar las características biológicas, psicológicas y sociales que intervienen en una muestra randomizada de sujetos que han ejercido violencia en la pareja y que se encuentran cumpliendo régimen de tercer grado penitenciario frente a controles y a una muestra clínica sin antecedentes penales diagnosticados de trastorno de personalidad límite. En esta

línea la investigación se centra en determinar que rol juega la desregulación emocional, la impulsividad, las dimensiones del apego en el grupo de personas que han ejercido violencia en la pareja frente a controles de sujetos no clínicos y de sujetos en tratamiento por trastornos de personalidad. También la significación de los pacientes con historial de consumo y trauma infantil con los rasgos de personalidad de los sujetos que ejercen violencia de pareja. Por último, en la investigación se realizará un análisis factorial para correlacionar las variables antes mencionadas con las ideologías de género que subyacen a la violencia en nuestra cultura. Los conocimientos adquiridos de predictores de riesgo para la perpetración masculina de violencia en pareja observados en esta investigación se integrarán a los tratamientos en salud mental basado en la evidencia.

2. Material y Método

Marco teórico

El marco teórico en el que nos basamos para realizar la presente investigación está basado en el programa PRIA (Programa de intervención para agresores, 2010) que publicado en el año 2010 por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, que tiene en cuenta la actual situación en España referida a la violencia de género y los aspectos a tener en cuenta tanto para la prevención como para la elaboración de los tratamientos. Esto requiere que las variables en consideración sean científicamente probadas y basadas en la evidencia.

En la actualidad coexisten diversas perspectivas teóricas en el abordaje de la violencia de género. Cada una de estas corrientes ha puesto en marcha programas de intervención en los que principalmente deben tenerse en consideración las siguientes recomendaciones:

- Integración de aspectos clínicos con perspectiva de género.
- Énfasis en la necesidad de trabajar la motivación inicial de los agresores.
- Análisis de las diferentes conductas que integran la violencia de género, haciendo hincapié en la violencia psicológica y en la instrumentalización de los hijos.

2.1. Declaración de ética de la investigación:

El diseño de la investigación fue estudiado y aprobado por la dirección y/o el comité de ética de las instituciones participantes y por el Departamento de Empleo y Políticas Sociales, área de Gestión del Conocimiento del Gobierno Vasco, en Bilbao, España.

Esta investigación se enmarca dentro de los principios éticos de declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial para las investigaciones en seres humanos. Esta declaración fue adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia en junio 1964 y ratificada 64ª Asamblea General de Fortaleza, Brasil en octubre 2013.

Los pacientes proporcionaron un consentimiento informado por escrito, obteniendo el consentimiento de todos los participantes del estudio (Anexo I).

2.2. Participantes y procedimiento de la investigación:

El estudio se realizó con el reclutamiento de sujetos masculinos distribuidos en tres grupos: un grupo experimental de hombres que han ejercido violencia contra sus parejas y que se encuentran en régimen de tercer grado penitenciario, un grupo control de sujetos con diagnóstico de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (CIE-10 F 60.3) y un grupo control de población no clínica.

Los datos del grupo experimental se recopilaron en una muestra de pacientes masculinos en tratamiento por violencia a su pareja femenina ingresados en dos centros ambulatorios de la Institución Asociación para el Tratamiento y la Prevención de la Violencia, AMIKEKO, uno de los centros en Bilbao y el otro en Valencia, donde realizan un tratamiento/programa de prevención de la violencia de género. Los sujetos de este grupo se encontraban con sentencia firme, cumpliendo condena por perpetradores de violencia a sus parejas femeninas y realizando tratamiento psicoterapéutico de rehabilitación. El grupo de control clínico se encontraba realizando tratamiento en el Hospital de Día para trastornos de Personalidad en la Institución IMQ-Amsa de Bilbao. El grupo control de la muestra no clínica fue reclutada de la población general de las mismas áreas de captación de pacientes de Bilbao. Los pacientes fueron examinados cuando los psicólogos y psiquiatras a cargo

de la investigación consideraban que los sujetos participantes del estudio estaban clínicamente estables y podían dar su consentimiento informado.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes para los tres grupos: tener entre 18 y 65 años de edad, dominio suficiente del idioma español, IQ> 70 y sexo masculino. Cumplir con los criterios diagnósticos con el Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad (CIE-10. F 60.3) para el grupo experimental y el grupo de control clínico. Los criterios de exclusión para los tres grupos fueron: comorbilidad psicótica, uso activo de alcohol y sustancias (abstinencia menor a tres meses) y falta de voluntad para participar en el estudio.

Las variables sociodemográficas se recopilaron, incluida la edad, el sexo, nacionalidad, el estado laboral, profesión, estudios, el estado civil, número de parejas estables incluida la actual, religión, lugar que ocupa en la fratria, la situación de vida: vive solo, con los padres, con la pareja / familia, si ha habido antecedentes médicos o psiquiátricos y si ha presentado consumos perjudiciales de sustancias.

2.3. Descripción de los instrumentos psicométricos utilizados en la investigación:

Instrumentos: En los tres grupos de sujetos que conformaron la totalidad de la muestra se utilizaron una batería de escalas que se detallan a continuación. La Lista de verificación de criterios operacionales de los sujetos de la muestra se completó, basándose en instrumentos clínicos y sociales, datos relevantes en el historial médico, y / o judicial en el caso del grupo experimental y el grupo control de pacientes, no así en el grupo control no clínico.

Apego Adulto:

Se empleó una adaptación castellana del Cuestionario de Relación (Bartholomew y Horowitz, 1991) para la categorización del estilo de apego de los participantes por Alonso-Arbiol y Sagrario Yárnoz-Yaben en 2000. Este test ofrece la posibilidad de obtener tanto medidas continuas como un resultado categórico. Los participantes indicaron hasta qué punto se identificaban con cada uno de los 4 prototipos de apego adulto (seguro, rechazante, preocupado, y miedoso) identificados en la teoría subyacente de Bartholomew del año 1990 y de Bartholomew y Horowitz

del año 1991 por medio de una escala Likert-7. Esta escala designa el 1 con “nada característico de mí” y el 7 se correspondía con “muy característico de mí”. Este cuestionario de apego adulto posee propiedades psicométricas adecuadas de test-retest y de validez y fiabilidad en los test -retest, que en este caso fue de 0,76(Yárnoz-Yaben, Comino, 2011).El instrumento utilizado se encuentra en Anexo I.

Apego de pareja:

El Cuestionario de experiencia en las Relaciones de Pareja (CRP) es una adaptación al castellano realizada por Alonso-Arbiol y S. Yárnoz-Yaben, en el año 2000 del cuestionario original en inglés efectuado por Brennan, Clark y Shaver en 1998. En 1998 Brenam, Clark y Shaver crearon el Cuestionario de Experiencia en las Relaciones de Pareja o Experiences in Close Relationships. Los 36 items que componen la presente escala, son respondidos mostrando el grado de acuerdo con el enunciado, abarcando desde 7 (totalmente de acuerdo) a 1 (totalmente en desacuerdo). Los análisis que se llevaron a cabo revelaron la existencia de las dos dimensiones subyacentes a la mayoría de las medidas de apego: ansiedad y evitación. De los 36 ítems que componen la ECR (siglas inglesas de la CRP), 18 están destinados a evaluar la ansiedad y otros 18 a medir la evitación.

Alonso-Arbiol, Balluerka y Shaver en 2007 utilizaron la misma muestra mencionada anteriormente en la adaptación del cuestionario de Bartholomew, se procedió al análisis factorial de componentes principales, rotación varimax. Emergieron dos factores, que representaban el 31, 5 de la varianza. El primer factor, era idéntico al factor evitación de la versión inglesa original. El segundo factor era similar al factor ansiedad de la versión original. Ambos factores eran independientes (r = 0.01), al igual que en la versión inglesa (Yárnoz-Yaben, Comino, 2011). El instrumento utilizado se encuentra en Anexo I.

Trastorno Límite de la Personalidad:

La versión española del McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD) es un cuestionario autoinformado de 10 ítems puntuados de forma dicotómica (verdadero-falso) que en su versión original presenta unas adecuadas propiedades psicométricas, especialmente en muestras de adolescentes y jóvenes adultos. Fue desarrollado en Estados Unidos de

Norteamérica, en el Hospital McLean, en el equipo de Zanarini en el Servicio de Psiquiatría de ese hospital en el año 2003. Diferentes estudios con población comunitaria, estudiantes y población psiquiátrica han confirmado la bondad psicométrica del instrumento como medida de cribado del Trastorno límite de la parsonalidad (Zanarini, Vujanovic, Parachini, Boulanger, Frankenburg, Hennen, 2003).

La versión española del MSI-BPD presentó para la muestra total un buen nivel de consistencia interna (KR-20= 0,873), indicando una alta fiabilidad interna global con puntuaciones totales que oscilaron entre 0 y 10 y con una puntuación media de 4,43 (DE = 3,27). Se estudió la fiabilidad test-retest del MSI-BPD en una submuestra de 30 participantes. Se compararon las puntuaciones obtenidas en 2 administraciones separadas por 2 semanas mediante el CCI entre ambas puntuaciones totales (CCI = 0,87). En la muestra clínica, el MSI-BPD mostró una sensibilidad de 0,71 y una especificidad de 0,68 con la DIB-R utilizando un punto de corte situado en 7 (el establecido en la versión original del MSI-BPD7). Utilizando un punto de corte de 6, se observó una sensibilidad algo mayor de 0,84 y una especificidad más reducida de 0,51. La baja especificidad observada con el punto de corte en 6 justifica la utilización del situado en 7 para la versión española, igual que en la versión original (Soler, Domínguez-Clavéa, García-Rizo, Vegac, Elices, Martín-Blancoa, Feliu-Soler, Carmona, Pascual, 2016). El instrumento utilizado se encuentra en Anexo I.

Impulsividad:

Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11), Barrat, E.S. (2011): La Escala de Impulsividad de Barratt (BIS) es un instrumento extensamente usado en investigación psicológica, psiquiátrica, sociológica y educativa. La BIS-11 es la versión de la Escala de Impulsividad de Barratt actualmente en uso, psicométricamente validada en diversas poblaciones e internacionalmente más empleada, en adultos y adolescentes. En los diferentes estudios ha demostrado adecuados parámetros de confiabilidad y validez (Stanford M, Mathias C, Dougherty D, Lake S, Anderson N, Patton J., 2009). La impulsividad medida por este instrumento ha correlacionado con múltiples desórdenes impulsivos, entre ellos: agresividad, autoagresiones, conducta suicida, búsqueda de sensaciones, consumo de alcohol y drogas, trastorno bipolar, déficit atencional, trastorno de la conducta alimentaria, trastorno de personalidad límite y trastorno de personalidad

antisocial; en poblaciones clínicas y no clínicas. es una escala diseñada para evaluar impulsividad. Consta de 30 ítems que se agrupan en tres subescalas: Impulsividad Cognitiva (Atención) (8 ítems: 4, 7, 10, 13, 16, 19, 24 y 27), Impulsividad Motora (10 ítems: 2, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 23, 26 y 29) e Impulsividad no planeada (12 ítems: 1, 3, 5, 8, 11, 14, 17, 20, 22, 25, 28 y 30). Cada ítem consta de cuatro opciones de respuesta (o, raramente o nunca; 1, ocasionalmente; 3, a menudo; 4, siempre o casi siempre). Puede ser auto o hetero aplicada. Desde el punto de vista clínico, posee mayor relevancia el valor cuantitativo de la puntuación total. Los ítems 1, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 13, 17, 19, 22 y 30 tienen una puntuación inversa. La puntuación de cada subescala se obtiene sumando las puntuaciones parciales obtenidas en cada uno de sus ítems. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. No existe un punto de corte propuesto. El instrumento utilizado se encuentra en Anexo I.

Regulación y desregulación emocional:

La escala DERS, Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Gratz, K. L. y Roemer, L., 2004): Evalúa diferentes aspectos de la desregulación emocional a través de 36 items con una escala Likert de 5 puntos (de Casi nunca/0-10% de las veces a Casi siempre/90-100% de las veces). Esta escala fue traducida por el primer firmante y supervisada por una persona bilingüe experta en adaptación de escalas psicológicas. A continuación, una psicóloga norteamericana afincada en España desde hace 10 años realizó una traducción inversa comprobándose que todos los items habían sido correctamente traducidos. Si calculamos las correlaciones ítem totales para cada una de las subescalas, los resultados mejoran considerablemente. Para la subescala de Descontrol: oscilan entre 0,82 y 0,62, con una media de 0,76. Para la subescala de Rechazo: oscilan entre 0,82 y 0,73 con una media de 0,78. Para la subescala de Interferencia: oscilan entre 0,87 y 0,82 con una media de 0, 85. Para la subescala de Desatención: oscilan entre 0,80 y 0,64 con una media de 0,74. Para la subescala de Confusión: oscilan entre 0,84 y 0, 66 con una media de 0,77 (Hervás, Jódar, 2008). El instrumento utilizado se encuentra en Anexo I.

Personalidad:

Inventario de personalidad NEO revisado (NEO PI-R) (Costa, Mc Crae,1991): El NEO PI-R es, a pesar de ser muy reciente, uno de los instrumentos más prestigiosos para la evaluación de la personalidad en condiciones de normalidad, como es el ámbito laboral. La estructura de los "cinco grandes" factores de la personalidad que se recoge en el NEO se ha convertido en una de las más sustentadas y utilizadas. Consta de 240 elementos a los que se responde en una escala Likert de cinco opciones y permite la evaluación de cinco factores principales: Neuroticismo, Extraversión, Apertura, Amabilidad y Responsabilidad. Cada factor se descompone en seis facetas, lo que permite un análisis de la personalidad más fino, obteniendo 35 puntuaciones diferentes. El Inventario de Personalidad NEO-PI-R, es un instrumento con adecuados índices de consistencia interna mediante el coeficiente alpha de Cronbach. El coeficiente alpha de Cronbach obtenido para cada una de las escalas y sub-escalas. Se obtienen coeficientes adecuados para las escalas de las cinco dimensiones principales tanto en la versión completa como en la reducida, a pesar de que ésta última tiene un bajo número de ítems. Los coeficientes estimados se encuentran en un rango que varía entre 0,95 (AJ) y 0,80 (AE).

En cuanto a la fiabilidad de las sub-escalas encontramos tres valores por debajo de 0,70: A4 (0,61), AE3 (0.60) y AE6 (0,45). El resto de las sub-escalas muestra una fiabilidad adecuada situándose el coeficiente alpha entre 0,70 y 0,80 para la mayoría de ellas. A resaltar que por encima de 0,80 se hallan todas las sub-escalas de AJ excepto AJ6 (0,76). El NOE P-R evidencia validez convergente, hallándose correlaciones altas (> .80) y significativas entre las puntuaciones en las escalas del NEO PI –R y las correspondientes del BFCP tanto en su versión completa como en la reducida (Aguado, Lucia, Ponte, Arranz, 2008). El instrumento utilizado se encuentra en Anexo I.

Enojo/Ira:

Inventario de expresión de enojo estado-rasgo (STAXI-2) (Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A., & Spielberger, C. D., 2001): El STAXI permite evaluar la experiencia y expresión de enojo, en sus dos dimensiones (estado y rasgo) y en sus tres direcciones (expresión, supresión y control del enojo). Los coeficientes Alpha fueron relativamente altos para todas las escalas y subescalas, demostrando que el

inventario en español tiene una adecuada consistencia interna. La escala estado de enojo mostró el índice de consistencia más elevado (0.91). El índice para el resto de las escalas y subescalas osciló entre 0.66 y 0.88. El instrumento utilizado se encuentra en Anexo I.

Sexismo:

La versión en castellano del instrumento de Sexismo ambivalente (Ambivalent Sexism Inventory, ASI) es la versión proporcionada por Glick y Fiske . Esta versión se diferencia de la original en inglés en que todos los ítems van en la misma dirección (estar de acuerdo con los enunciados implica juicios sexistas). La adaptación consta de 22 ítems que componen la forma definitiva del ASI. De estos 22 ítems, 11 meden el sexismo hostil y 11 el benévolo, se incluyeron 5 ítems adicionales para cada uno de los componentes, con el fin de poder reemplazar alguno de los ítems originales en el caso de que no funcionaran adecuadamente. En el apéndice 1 aparecen los 22 ítems del ASI. La subescala de sexismo hostil mostró un coeficiente Alpha de 0,89 y la subescala de sexismo benévolo de 0,86. La fiabilidad del ASI fue en el segundo estudio 0,90. Con el fin de analizar la validez de esta estructura se realizó un análisis factorial confirmatorio utilizando el LISREL. El modelo completo obtuvo un Índice de Bondad del Ajuste ajustado (AGFI) de 0,87 (Expósito, Moya, Glick, 1998). El instrumento utilizado se encuentra en Anexo I.

Trauma infantil:

Childhood Trauma Questionnaire-Short Form (CTQ-SF, versión española): El CTQ-SF es un instrumento de autoinforme de 28 ítems para adultos y adolescentes que evalúa el abuso y el abandono infantil retrospectivo. El CTQ-SF evalúa los siguientes cinco tipos de maltrato: abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física. Cada escala está representada con cinco ítems que se califican en una escala tipo Likert de 5 puntos desde nunca fiel a muy a menudo cierto. Tres elementos adicionales componen la escala de minimización para detectar respuestas socialmente deseables o trauma falso negativo. Los coeficientes de consistencia interna de la versión en inglés variaron de 0,84 a 0,89 para el abuso emocional, 0,81 a 0,86 para el abuso físico, 0,92 a 0.95 por abuso sexual, 0.85 a 0.91 por negligencia emocional y 0.61 a 0.78 por negligencia física (Hernández, Gallardo-

Pujol, Pereda, Arntz, Bernstein, Gaviria, Gutierrez-Zotes,2013). El instrumento utilizado se encuentra en Anexo I.

2.4. Diseño:

Análisis de los Datos:

En este apartado se describe como se han analizado los datos de este estudio.

Para describir las variables de este estudio se utilizaron varios estadísticos descriptivos. Para las variables de tipo continuo (por ejemplo, la edad, los resultados de los instrumentos de evaluación), se utilizó la media, la desviación estándar, el error estándar, el intervalo de confianza de la media del 95%, el valor mínimo y el valor máximo. En el caso de variables que no siguiesen una distribución normal se incluyó también la mediana y el rango intercuartil. Para describir variables de tipo categórico (por ejemplo, estado civil, tipo de apego básico) se utilizaron tablas de contingencia y gráficos de sectores con porcentajes.

Para evaluar si existían diferencias significativas en las variables entre los tres grupos de estudio (Antecedentes de Violencia, en adelante Violencia; Antecedentes Psiquiátricos, en adelante Psiquiátrico; grupo Control) se utilizaron diferentes tests estadísticos. Para las variables de tipo continuo, primero se evaluó si las variables seguían una distribución normal analizando los valores de asimetría y curtosis, así como el resultado del test de normalidad de Shapiro-Wilk. En el caso de que las variables siguiesen una distribución normal, se utilizó la prueba de Levene para analizar si existía homogeneidad de varianzas entre los resultados de los tres grupos. Después se analizó si había diferencias entre los tres grupos en estas variables mediante ANOVAs de un factor con tres niveles: Violencia, Psiquiátrico y Control. En el caso de que el supuesto de homogeneidad de varianzas no se cumpliese, se interpretó el test de Welch. Cuando el ANOVA de un factor reveló diferencias significativas entre los tres grupos, se evaluó entre qué grupos había diferencias mediante comparaciones por pares utilizando el ajuste de Bonferroni, si se cumplía el supuesto de homogeneidad de varianzas, o el ajuste de Games-Howell, en el caso de que no se cumpliese el supuesto de homogeneidad de varianzas.

En el caso de que las variables continuas no siguiesen una distribución normal, se utilizó la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis para determinar si existían diferencias entre los tres grupos de estudio. En el caso de que la prueba de Kruskal-Wallis revelase diferencias significativas entre los grupos, se analizó entre qué grupos existían tales diferencias realizando comparaciones por pares utilizando el ajuste de Bonferroni. Para las variables de tipo categórico se utilizó la prueba de Ji-cuadrado para evaluar si existían diferencias entre los tres grupos. En el caso de que la prueba revelase diferencias significativas, se evaluaron los estadísticos residuales estandarizados para determinar entre qué grupos existían las diferencias. En el análisis de las relaciones entre las variables continuas de este estudio, se utilizó la correlación de Pearson para las variables que seguían una distribución normal, y la correlación de Spearman para las variables que no seguían una distribución normal.

El nivel de significación se fijó en 0,05, en el caso de encontrar diferencias significativas en los análisis, el tamaño del efecto de los efectos principales se valoró utilizando el estadístico eta-cuadrado. Cuando eta-cuadrado se sitúa por debajo o igual a 0,04, se considera que el efecto es pequeño. Si eta-cuadrado se sitúa por encima de 0,04 pero por debajo o igual a 0,36, entonces se considera que el efecto es moderado. Cuando eta-cuadrado está por encima de 0,36 se considera que el efecto es grande. Los análisis se realizaron con el programa SPSS, versión 24.

En el ajuste del modelo de regresión logística se evaluó utilizando la prueba de Hosmer-Lemeshow, y el porcentaje de varianza explicada en la variable dependiente se extrajo a partir del estadístico R2 de Nagelkerke. Se investigó la existencia de casos que pudieran tener una influencia extrema en el resultado del modelo mediante el estudio de los residuales estandarizados. Ante la situación de encontrar casos con una influencia extrema en el resultado del modelo (por ejemplo, casos con residuales estandarizados por encima de 3,29), estos casos fueron eliminados del análisis.

3. Resultado

3.1. Descripción de la Muestra

La muestra estaba compuesta por 91 hombres. El grupo Violencia lo formaban 31 hombres. El grupo Psiquiátrico y el grupo Control estaban formados cada uno de

ellos por 30 hombres. La media de edad en los tres grupos estaba entre 40 y 42 años (ver Tabla 1), y no había diferencias de edad entre los tres grupos ($F(2,88) = 0,286$, $p = 0,752$). La mayoría de los participantes en cada grupo eran españoles (Violencia 77%, Psiquiátrico 83%, Control 87%). A parte de participantes de nacionalidad española también había de América Latina, Marruecos y Rusia. No había diferencias en la distribución de nacionalidades entre los tres grupos ($\chi2(6) = 4,556$, $p = 0,602$).

Había diferencias en el estado civil de los participantes entre grupos ($\chi2(8) = 15,788$, $p = 0,046$). En el grupo Violencia había más participantes solteros y menos participantes casados que en los grupos Psiquiátrico y Control. No había diferencias en el número de hijos que tenían los participantes entre grupos ($\chi2(2) = 4,698$, $p = 0,095$) y no había diferencias en el número de parejas de los participantes entre grupos ($\chi2(2) = 3,248$, $p = 0,197$ ver Tabla 1). Tampoco había diferencias en la religión de los participantes entre los grupos ($\chi2(6) = 6,361$, $p = 0,384$. Había diferencias en la ocupación de los participantes entre los tres grupos ($\chi2(14) = 36,038$, $p = 0,001$). En el grupo Violencia había más participantes que realizaban trabajos manuales (p. ej. albañil, electricista, fontanero, etc.) que en el grupo Control. Además, en el grupo Control había más universitarios que en el grupo Violencia.

Había diferencias en la educación de los participantes entre los grupos ($\chi2(6) = 23,737$, $p = 0,001$, ver Figura 5). En el grupo Violencia había más participantes con estudios básicos (EGB y ESO) que en los grupos Psiquiátrico y Control. Además, en el grupo Control había más participantes con estudios universitarios que en los grupos Violencia y Psiquiátrico. También había diferencia en la historia clínica entre los tres grupos ($\chi2(2) = 65,401$, $p < 0,001$, ver Figura 6). El grupo Psiquiátrico tenía antecedentes clínicos en mayor proporción que los participantes de los grupos Violencia y Control. Había diferencias en los consumos de los participantes entre los tres grupos ($\chi2(6) = 33,593$, $p < 0,001$). En el grupo Psiquiátrico había mayor proporción de consumo de alcohol, drogas y su combinación, sobre todo comparado con el grupo Control. Finalmente, no había diferencias en el lugar ocupado en la fratría ($\chi2(12) = 17,366$, $p = 0,136$). Aunque se observaba una tendencia en el grupo Violencia a ocupar lugares más elevados en la fratría.

Tabla 1. *Estadísticos descriptivos de las variables continuas en los tres grupos en estudio.*

					95% intervalo de confianza media				
	N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo	*p*
Edad									
Violencia	31	40,35	9,134	1,641	37,00	43,71	21	56	
Psiquiátricos	30	42,03	12,494	2,281	37,37	46,70	20	65	
Control	30	42,37	11,625	2,122	38,03	46,71	24	57	
Total	91	41,57	11,066	1,160	39,27	43,88	20	65	0,752[1]
N Hijos									
Violencia	31	1,48	,996	,179	1,12	1,85	0	4	
Psiquiátricos	30	,93	1,015	,185	,55	1,31	0	4	
Control	30	1,27	1,081	,197	,86	1,67	0	4	
Total	91	1,23	1,044	,109	1,01	1,45	0	4	0,095[2]
N Parejas									
Violencia	31	2,00	1,125	,202	1,59	2,41	1	5	
Psiquiátricos	30	1,70	1,557	,284	1,12	2,28	0	7	
Control	30	1,63	1,217	,222	1,18	2,09	0	6	
Total	91	1,78	1,306	,137	1,51	2,05	0	7	0,197[2]

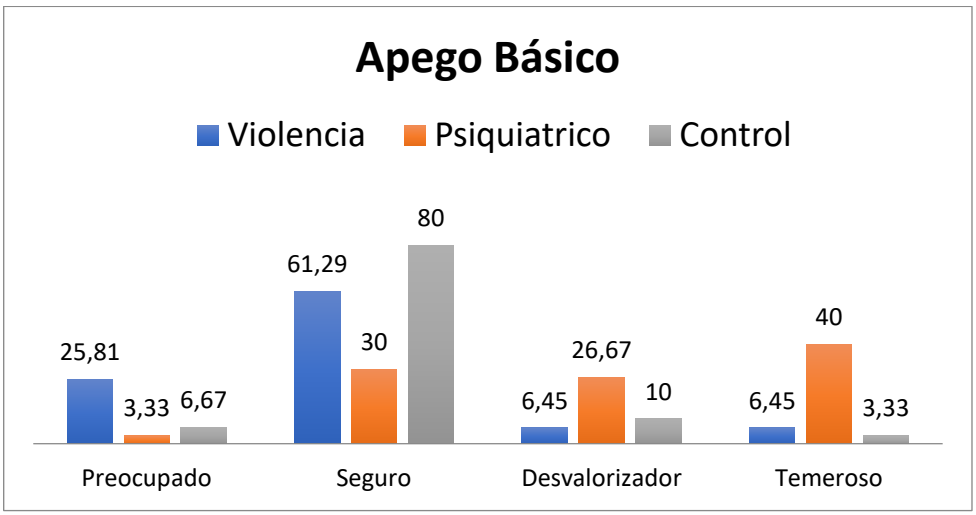
Nota: N: Tamaño del grupo; [1] ANOVA de un factor; [2]Prueba de Kruskal-Wallis

3.2. Diferencias entre los grupos en las variables medidas en el estudio

En este apartado se describe la existencia de diferencias entre los tres grupos en todas las escalas de los instrumentos de evaluación psicológica utilizados en este estudio.

Apego Básico

Había diferencias en el tipo de apego básico entre los tres grupos ($\chi 2(6) = 34{,}204$, $p < 0{,}001$. En el grupo Violencia la proporción de participantes con apego Preocupado era más elevada que en los otros grupos. En el grupo Psiquiátrico había menos participantes con apego seguro que en el grupo Control. Además, la proporción de participantes con apego Desvalorizador y Temeroso era también más alta en el grupo Psiquiátrico que en los otros dos grupos.



McLean

Había diferencias en las dos escalas del instrumento McLean entre los tres grupos (TLP: $\chi 2(2) = 13{,}893$, $p = 0{,}001$, $\eta 2 = 0{,}135$; Paranoia o Disociación: $\chi 2(2) = 12{,}326$, $p = 0{,}002$, $\eta 2 = 0{,}117$). El grupo con puntuaciones más altas en TLP fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 2). Estas puntuaciones en TLP eran más altas que las puntuaciones del grupo Control ($p = 0{,}001$), pero no que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0{,}169$). La diferencia en las puntuaciones del grupo Violencia y Control no era significativa ($p = 0{,}193$).

El grupo con puntuaciones más altas en Paranoia o Disociación era también el grupo Psiquiátrico. Estas puntuaciones en Paranoia o Disociación eran más altas que las puntuaciones del grupo Control ($p = 0{,}001$), pero no que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0{,}274$). La diferencia en las puntuaciones del grupo Violencia y Control no era significativa ($p = 0{,}193$).

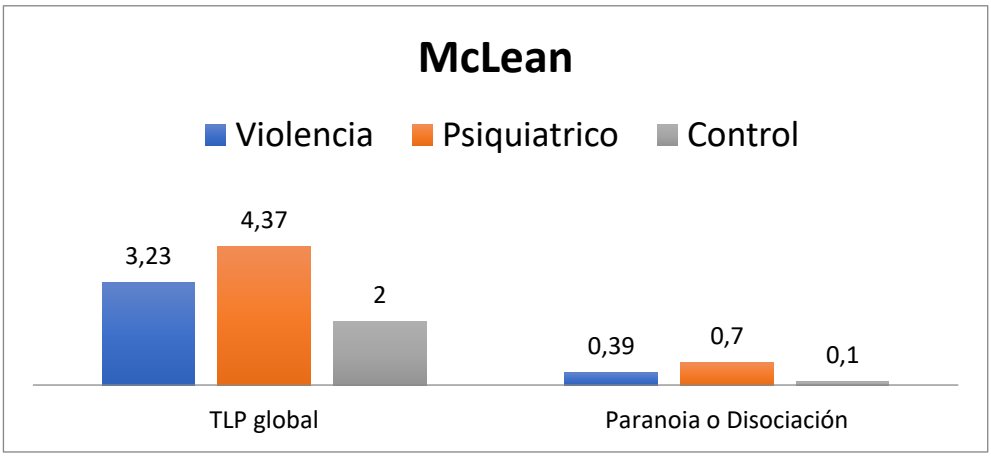


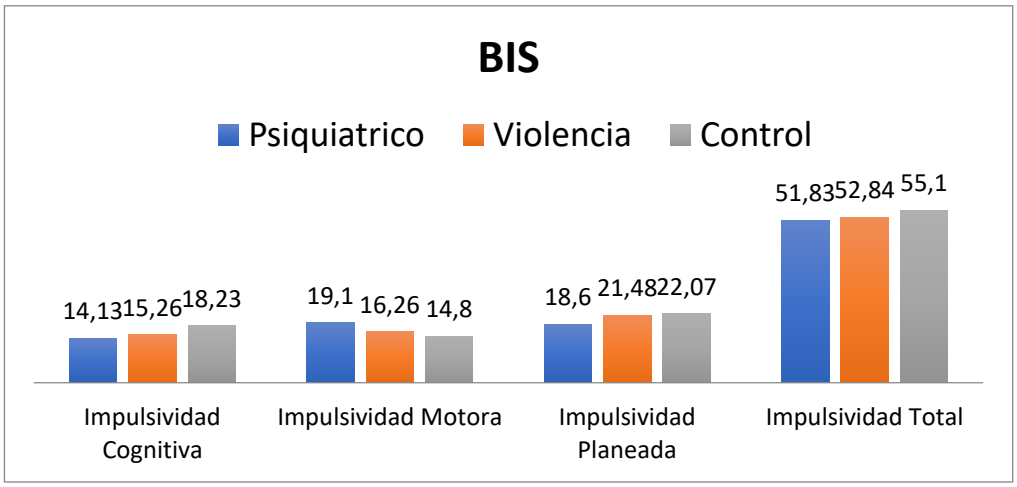
Tabla 2. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario McLean en los tres grupos en estudio.*

			95% intervalo de confianza media						
		Media	Límite inferior	Límite superior	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Rango intercuartil
McLean TLP	Control	2,00	1,43	2,57	2,00	1,531	0	5	2
	Ant. Violencia	3,23	2,29	4,16	3,00	2,552	0	9	4
	Ant. Psiquiátricos	4,37	3,46	5,27	4,50	2,428	0	8	4
MCLean Paranoia o Disociación	Control	,10	-,01	,21	,00	,305	0	1	0
	Ant. Violencia	,39	,16	,61	,00	,615	0	2	1
	Ant. Psiquiátricos	,70	,40	1,00	,50	,794	0	2	1

BIS

Había diferencias en las escalas de Impulsividad Cognitiva e Impulsividad Motora entre los tres grupos (Impulsividad Cognitiva: $F(2; 88) = 6,800$, $p = 0,002$, $\eta 2 = 0,134$; Impulsividad Motora: $F(2; 88) = 3,336$, $p = 0,040$, $\eta 2 = 0,070$). No había diferencias entre los tres grupos en la escala de Impulsividad Planeada ($F(2; 88) = 2,579$, $p = 0,082$) ni en la Puntuación Total ($F(2; 88) = 0,570$, $p = 0,568$).

El grupo con puntuaciones más altas en Impulsividad Cognitiva fue el grupo Control (ver Tabla 3). Estas puntuaciones en Impulsividad Cognitiva eran más altas que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0,032$), y que las puntuaciones del grupo Psiquiátrico ($p = 0,002$). No había diferencias en Impulsividad Cognitiva entre el grupo Violencia y Psiquiátrico ($p = 0,980$).



El grupo con puntuaciones más altas en Impulsividad Motora fuel el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 3). Estas puntuaciones en Impulsividad Motora eran más altas que las puntuaciones del grupo Control (p = 0,039), pero no que las puntuaciones del grupo Violencia (p = 0,283). No había diferencias en Impulsividad Motora entre el grupo Violencia y Control (p > 0,999).

Tabla 3. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario BIS en los tres grupos en estudio.*

						95% intervalo de confianza de media			
		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
BIS Impulsividad Cognitiva	Control	30	18,23	3,159	,577	17,05	19,41	13	23
	Ant. Violencia	31	15,26	5,266	,946	13,33	17,19	4	24
	Ant. Psiquiátricos	30	14,13	4,637	,847	12,40	15,86	3	22
	Total	91	15,87	4,731	,496	14,88	16,85	3	24
BIS Impulsividad Motora	Control	30	14,80	5,410	,988	12,78	16,82	5	22
	Ant. Violencia	31	16,26	7,014	1,260	13,69	18,83	5	35
	Ant. Psiquiátricos	30	19,10	7,102	1,297	16,45	21,75	8	37
	Total	91	16,71	6,729	,705	15,31	18,12	5	37
BIS Impulsividad Planeada	Control	30	22,07	5,663	1,034	19,95	24,18	11	32
	Ant. Violencia	31	21,48	6,597	1,185	19,06	23,90	9	31
	Ant. Psiquiátricos	30	18,60	6,698	1,223	16,10	21,10	8	34
	Total	91	20,73	6,450	,676	19,38	22,07	8	34
BIS Puntuación Total	Control	30	55,10	9,636	1,759	51,50	58,70	38	70
	Ant. Violencia	31	52,84	13,726	2,465	47,80	57,87	20	74
	Ant. Psiquiátricos	30	51,83	12,655	2,310	47,11	56,56	28	71
	Total	91	53,25	12,091	1,267	50,73	55,77	20	74

DERS

Había diferencias entre los tres grupos en todas las escalas del DERS: Claridad-Confusión ($F(2; 88) = 13,469$, $p < 0,001$, $\eta 2 = 0,234$); Atención-Desatención ($F(2; 88) = 9,157$, $p < 0,001$, $\eta 2 = 0,172$); Aceptación-Rechazo ($F(2; 56.54) = 5,783$, $p = 0,005$, $\eta 2 = 0,138$); Funcionamiento-Interferencia ($F(2; 57,91) = 7,306$, $p = 0,001$, $\eta 2 = 0,153$) y Regulación-Descontrol ($F(2; 56,91) = 8,619$, $p = 0,001$, $\eta 2 = 0,203$).

El grupo con puntuaciones más altas en Claridad-Confusión fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 4). Estas puntuaciones en Claridad-Confusión eran más altas que las puntuaciones del grupo Violencia ($p < 0,001$), y que las puntuaciones del

grupo Control ($p < 0,001$). No había diferencias en Claridad-Confusión entre el grupo Violencia y Control ($p > 0,999$).

El grupo con puntuaciones más altas en Atención-Desatención fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 4). Estas puntuaciones en Atención-Desatención eran más altas que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0,001$), y que las puntuaciones del grupo Control ($p = 0,002$). No había diferencias en Atención-Desatención entre el grupo Violencia y Control ($p > 0,999$).

El grupo con puntuaciones más altas en Aceptación-Rechazo fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 4). Estas puntuaciones en Aceptación-Rechazo eran más altas que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0,012$), y que las puntuaciones del grupo Control ($p = 0,007$). No había diferencias en Aceptación-Rechazo entre el grupo Violencia y Control ($p = 0,835$).

El grupo con puntuaciones más altas en Funcionamiento-Interferencia fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 4). Estas puntuaciones en Funcionamiento-Interferencia eran más altas que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0,012$), y que las puntuaciones del grupo Control ($p = 0,001$). No había diferencias en Funcionamiento-Interferencia entre el grupo Violencia y Control ($p = 0,614$).

El grupo con puntuaciones más altas en Regulación-Descontrol fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 4). Estas puntuaciones en Regulación-Descontrol eran más altas que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0,002$), y que las puntuaciones del grupo Control ($p = 0,001$). No había diferencias en Regulación-Descontrol entre el grupo Violencia y Control ($p = 0,881$).

En definitiva, el grupo Psiquiátrico tenía puntuaciones más altas en todas las escalas de este instrumento, en comparación con el grupo Violencia y el grupo Control. No había diferencias en las puntuaciones de este instrumento entre los grupos Violencia y Control.

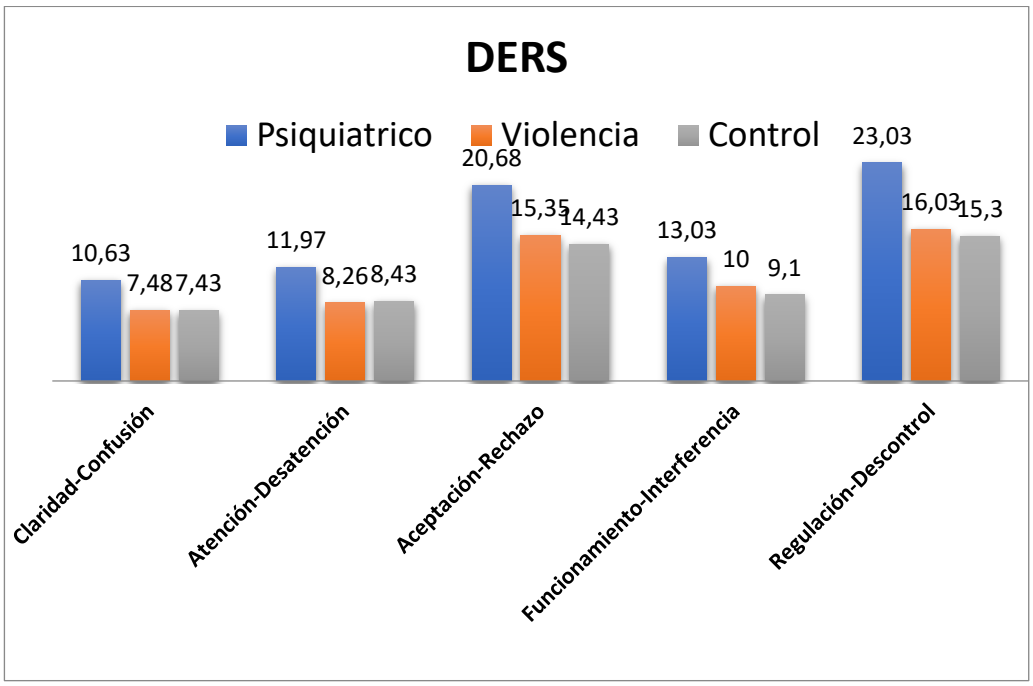


Tabla 4. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario DERS en los tres grupos en estudio.*

						95% intervalo de confianza media			
		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
DERS Claridad-Confusión	Control	30	7,43	2,300	,420	6,57	8,29	4	13
	Ant. Violencia	31	7,48	2,862	,514	6,43	8,53	4	14
	Ant. Psiquiátricos	30	10,63	3,011	,550	9,51	11,76	4	15
	Total	91	8,51	3,100	,325	7,86	9,15	4	15
DERS Atención-Desatención	Control	30	8,43	3,702	,676	7,05	9,82	4	16
	Ant. Violencia	31	8,26	3,559	,639	6,95	9,56	4	17
	Ant. Psiquiátricos	30	11,97	4,123	,753	10,43	13,51	5	20
	Total	91	9,54	4,129	,433	8,68	10,40	4	20
DERS Aceptación-Rechazo	Control	30	14,43	7,016	1,281	11,81	17,05	6	34
	Ant. Violencia	31	15,35	5,389	,968	13,38	17,33	7	29
	Ant. Psiquiátricos	30	20,60	8,016	1,463	17,61	23,59	11	33
	Total	91	16,78	7,324	,768	15,25	18,31	6	34
DERS Funcionamiento-Interferencia	Control	30	9,10	3,418	,624	7,82	10,38	4	16
	Ant. Violencia	31	10,00	4,000	,718	8,53	11,47	4	17
	Ant. Psiquiátricos	30	13,03	4,529	,827	11,34	14,72	5	20
	Total	91	10,70	4,306	,451	9,81	11,60	4	20
DERS Regulación-Descontrol	Control	30	15,30	6,188	1,130	12,99	17,61	9	31
	Ant. Violencia	31	16,03	5,730	1,029	13,93	18,13	9	32
	Ant. Psiquiátricos	30	23,03	8,739	1,596	19,77	26,30	10	39
	Total	91	18,10	7,752	,813	16,48	19,71	9	39

NEO

Había diferencias entre los tres grupos en las escalas de Neuroticismo (N) ($F(2; 55,43) = 7,466$, $p = 0,001$, $\eta 2 = 0,117$) y Apertura a la Experiencia (O) ($F(2; 55,54) = 4,790$, $p = 0,012$, $\eta 2 = 0,083$). No había diferencias entre los tres grupos en las escalas: Extroversión (E) ($F(2; 50,85) = 0,542$, $p = 0,585$, $\eta 2 = 0,005$), Cordialidad (A) ($F(2; 57,54) = 0,526$, $p = 0,594$, $\eta 2 = 0,014$) y Responsabilidad (C) ($F(2; 52,26) = 1,610$, $p = 0,210$, $\eta 2 = 0,052$).

El grupo con puntuaciones más altas en Neuroticismo fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 5). Estas puntuaciones en Neuroticismo eran más altas que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0,009$), y que las puntuaciones del grupo Control ($p = 0,009$). No había diferencias en Neuroticismo entre el grupo Violencia y Control ($p = 0,531$).

El grupo con puntuaciones más altas en Apertura a la Experiencia fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 5). Estas puntuaciones en Apertura a la Experiencia eran más altas que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0,036$), y que las puntuaciones del grupo Control ($p = 0,053$). No había diferencias en Apertura a la Experiencia entre el grupo Violencia y Control ($p = 0,573$).

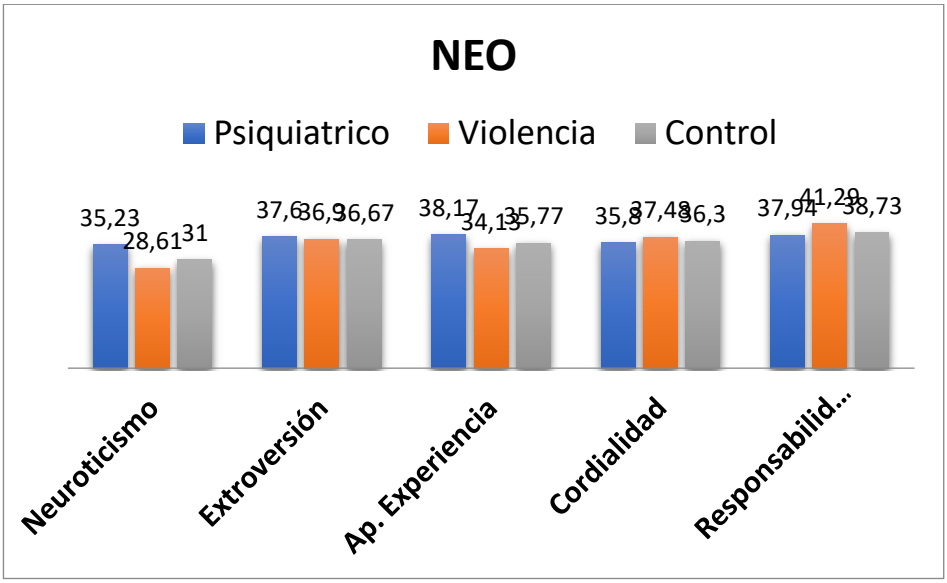


Tabla 5. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario NEO en los tres grupos en estudio.*

						95% intervalo de confianza media			
		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
Neuroticismo	Control	30	31,00	5,772	1,054	28,84	33,16	18	41
	Ant. Violencia	31	28,61	10,809	1,941	24,65	32,58	10	48
	Ant. Psiquiátricos	30	35,23	4,833	,882	33,43	37,04	26	43
	Total	91	31,58	8,050	,844	29,91	33,26	10	48
Extroversión	Control	30	36,67	4,381	,800	35,03	38,30	30	47
	Ant. Violencia	31	36,90	8,685	1,560	33,72	40,09	18	51
	Ant. Psiquiátricos	30	37,60	2,554	,466	36,65	38,55	32	42
	Total	91	37,05	5,795	,608	35,85	38,26	18	51
Ap. Experiencia	Control	30	35,77	4,199	,767	34,20	37,33	22	41
	Ant. Violencia	31	34,13	7,932	1,425	31,22	37,04	20	51
	Ant. Psiquiátricos	30	38,17	3,582	,654	36,83	39,50	30	46
	Total	91	36,00	5,795	,607	34,79	37,21	20	51
Cordialidad	Control	30	36,30	4,886	,892	34,48	38,12	26	43
	Ant. Violencia	31	37,48	7,474	1,342	34,74	40,23	24	56
	Ant. Psiquiátricos	30	35,80	5,102	,931	33,89	37,71	25	43
	Total	91	36,54	5,934	,622	35,30	37,77	24	56
Responsabilidad	Control	30	38,73	3,183	,581	37,54	39,92	27	44
	Ant. Violencia	31	41,29	8,941	1,606	38,01	44,57	24	59
	Ant. Psiquiátricos	30	37,93	5,139	,938	36,01	39,85	27	44
	Total	91	39,34	6,365	,667	38,02	40,67	24	59

ST

Había diferencias entre los tres grupos de estudio en las escalas: Temperamento Iracundo ($\chi2(2) = 8,850$ $p = 0,012$, $\eta2 = 0,078$), Reacción de Enojo ($\chi2(2) = 9,957$, $p = 0,007$, $\eta2 = 0,090$), Control Externo del Enojo ($\chi2(2) = 9,313$ $p = 0,010$, $\eta2 = 0,083$), Control Interno del Enojo ($\chi2(2) = 8,761$ $p = 0,013$, $\eta2 = 0,077$) y Expresión Interna del Enojo ($\chi2(2) = 13,965$ $p = 0,001$, $\eta2 = 0,136$). En la escala Expresión Externa del Enojo, la diferencia entre grupos también se acercaba a la significación estadística ($\chi2(2) = 5,925$ $p = 0,052$, $\eta2 = 0,045$). No había diferencias entre los tres grupos en las escalas: Deseos de Expresar Enojo ($\chi2(2) = 0,103$ $p = 0,950$, $\eta2 = 0,022$) y Sentimiento de Enojo ($\chi2(2) = 1,940$, $p = 0,379$, $\eta2 = 0,001$).

El grupo con puntuaciones más altas en Temperamento Iracundo fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 6). Estas puntuaciones en Temperamento Iracundo eran más altas que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0,017$). El grupo Control también tenía puntuaciones más altas en esta escala que el grupo Violencia, aunque esta diferencia no alcanzó la significación estadística ($p = 0,061$). No había diferencias en Temperamento Iracundo entre el grupo Psiquiátrico y Control ($p > 0,999$).

El grupo con puntuaciones más altas en Reacción de Enojo fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 6). Estas puntuaciones en Reacción de Enojo eran más altas que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0,006$). El grupo Control también tenía puntuaciones más altas en esta escala que el grupo Violencia, pero esta diferencia no era significativa ($p = 0,107$). No había diferencias en Reacción de Enojo entre el grupo Psiquiátrico y Control ($p = 0,987$).

El grupo con puntuaciones más altas en Control Externo del Enojo fue el grupo Control (ver Tabla 6 y Figura 14). Estas puntuaciones en Control Externo del Enojo eran más altas que las puntuaciones del grupo Psiquiátrico ($p = 0,007$). El grupo Control también tenía puntuaciones más altas en esta escala que el grupo Violencia, pero esta diferencia no era significativa ($p = 0,643$). No había diferencias en Control Externo del Enojo entre el grupo Psiquiátrico y Violencia ($p = 0,208$).

El grupo con puntuaciones más altas en Control Interno del Enojo fue el grupo Control (ver Tabla 6). Estas puntuaciones en Control Interno del Enojo eran más altas que las puntuaciones del grupo Psiquiátrico ($p = 0,017$). El grupo Violencia también tenía puntuaciones más altas en esta escala que el grupo Psiquiátrico, pero esta diferencia no alcanzó la significación estadística ($p = 0,066$). No había diferencias en Control Interno del Enojo entre el grupo Control y Violencia ($p > 0,999$).

El grupo con puntuaciones más altas en Expresión Interna del Enojo fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 6). Estas puntuaciones en Expresión Interna del Enojo eran más altas que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0,011$) y del grupo Control ($p = 0,001$). No había diferencias en Expresión Interna del Enojo entre el grupo Violencia y Control ($p > 0,999$).

Los grupos Psiquiátrico y Control tenían las puntuaciones más altas en Expresión Externa del Enojo y no había diferencias entre ellas ($p = 0,697$, ver Tabla 6). El grupo Violencia tenía puntuaciones más bajas en Expresión Externa del Enojo que el grupo Psiquiátrico ($p = 0,027$) y que el grupo Control ($p = 0,053$).

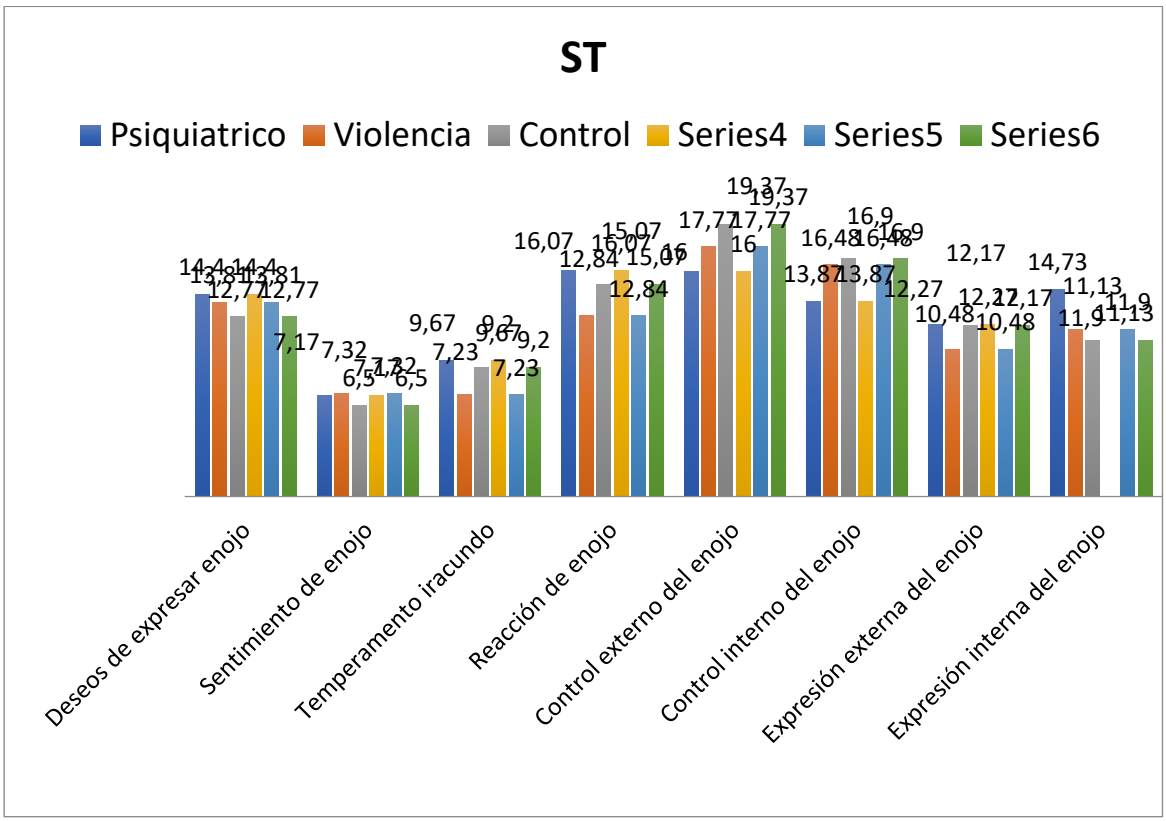


Tabla 6. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario ST en los tres grupos en estudio.*

			95% intervalo de confianza media						
		Media	Límite inferior	Límite superior	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Rango intercuartil
Deseos de expresar enojo	Control	12,77	11,19	14,34	10	4,224	10	25	4
	Ant. Violencia	13,81	11,39	16,23	11	6,600	9	36	5
	Ant. Psiquiátricos	14,40	11,46	17,34	10	7,863	10	40	7
Sentimiento de enojo	Control	6,50	5,43	7,57	5	2,874	5	14	2
	Ant. Violencia	7,32	5,91	8,74	5	3,859	5	20	4
	Ant. Psiquiátricos	7,17	5,95	8,38	5	3,249	5	15	4
Temperamento iracundo	Control	9,20	7,78	10,62	9	3,791	5	19	6
	Ant. Violencia	7,23	6,19	8,26	7	2,825	5	16	4
	Ant. Psiquiátricos	9,67	8,30	11,04	12	3,670	5	16	7
Reacción de enojo	Control	15,07	13,67	16,47	15	3,750	9	23	6
	Ant. Violencia	12,84	11,33	14,35	12	4,116	6	21	5
	Ant. Psiquiátricos	16,07	14,67	17,46	15,50	3,741	11	21	8
Control externo del enojo	Control	19,37	17,95	20,79	20	3,801	10	24	5
	Ant. Violencia	17,77	15,90	19,65	18	5,104	6	24	7
	Ant. Psiquiátricos	16,00	14,42	17,58	15,50	4,218	6	23	6
Control interno del enojo	Control	16,90	15,44	18,36	17	3,907	10	24	6
	Ant. Violencia	16,48	14,73	18,24	16	4,788	7	24	7
	Ant. Psiquiátricos	13,87	12,11	15,63	14	4,718	6	24	5
Expresión externa del enojo	Control	12,17	11,00	13,33	12	3,119	8	18	5
	Ant. Violencia	10,48	9,10	11,87	10	3,767	6	19	6
	Ant. Psiquiátricos	12,27	11,32	13,22	12	2,545	7	16	4
Expresión interna del enojo	Control	11,13	9,93	12,33	11,50	3,213	6	19	5
	Ant. Violencia	11,90	10,48	13,32	11	3,876	6	21	6
	Ant. Psiquiátricos	14,73	13,41	16,06	14	3,542	10	23	5

ASI

Había diferencias entre los tres grupos de estudio en las escalas: Sex Hostil ($\chi2(2) = 17,710$ $p < 0,001$, $\eta2 = 0,179$), Sex Ben ($\chi2(2) = 26,627$, $p < 0,001$, $\eta2 = 0,280$), Paternalismo Protectivo ($\chi2(2) = 21,269$ $p < 0,001$, $\eta2 = 0,219$), Diferenciación Complementaria de Género ($\chi2(2) = 19,400$, $p < 0,001$, $\eta2 = 0,198$) y ASI Total ($\chi2(2) = 27,927$, $p < 0,001$, $\eta2 = 0,295$). No había diferencias entre los tres grupos en la escala Intimidad Heterosexual ($\chi2(2) = 0,913$, $p = 0,633$, $\eta2 = 0,012$).

El grupo con puntuaciones más altas en Sex Hostil fue el grupo Violencia (ver Tabla 7). Estas puntuaciones en Sex Hostil eran más altas que las puntuaciones del grupo Control ($p < 0,001$). El grupo Psiquiátrico también tenía puntuaciones más altas en esta escala que el grupo Control ($p = 0,003$). No había diferencias en Sex Hostil entre el grupo Violencia y Psiquiátrico ($p > 0,999$).

El grupo con puntuaciones más altas en Sex Ben fue el grupo Violencia). Estas puntuaciones en Sex Ben eran más altas que las puntuaciones del grupo Control ($p < 0,001$). El grupo Psiquiátrico también tenía puntuaciones más altas en esta escala que el grupo Control ($p < 0,001$). No había diferencias en Sex Ben entre el grupo Violencia y Psiquiátrico ($p > 0,999$).

El grupo con puntuaciones más altas en Paternalismo Protectivo fue el grupo Violencia (ver Tabla 7). Estas puntuaciones en Paternalismo Protectivo eran más altas que las puntuaciones del grupo Control ($p < 0,001$). El grupo Psiquiátrico también tenía puntuaciones más altas en esta escala que el grupo Control ($p = 0,001$). No había diferencias en Paternalismo Protectivo entre el grupo Violencia y Psiquiátrico ($p > 0,999$).

El grupo con puntuaciones más altas en Diferenciación Complementaria de Género fue el grupo Violencia (ver Tabla 7). Estas puntuaciones en Diferenciación Complementaria de Género eran más altas que las puntuaciones del grupo Control ($p < 0,001$). El grupo Psiquiátrico también tenía puntuaciones más altas en esta escala que el grupo Control ($p = 0,001$). No había diferencias en Diferenciación Complementaria de Género entre el grupo Violencia y Psiquiátrico ($p > 0,999$).

El grupo con puntuaciones más altas en ASI Total fue el grupo Violencia (ver Tabla 7). Estas puntuaciones en ASI Total eran más altas que las puntuaciones del grupo Control ($p < 0,001$). El grupo Psiquiátrico también tenía puntuaciones más altas en esta escala que el grupo Control ($p < 0,001$). No había diferencias en ASI Total entre el grupo Violencia y Psiquiátrico ($p > 0,999$).

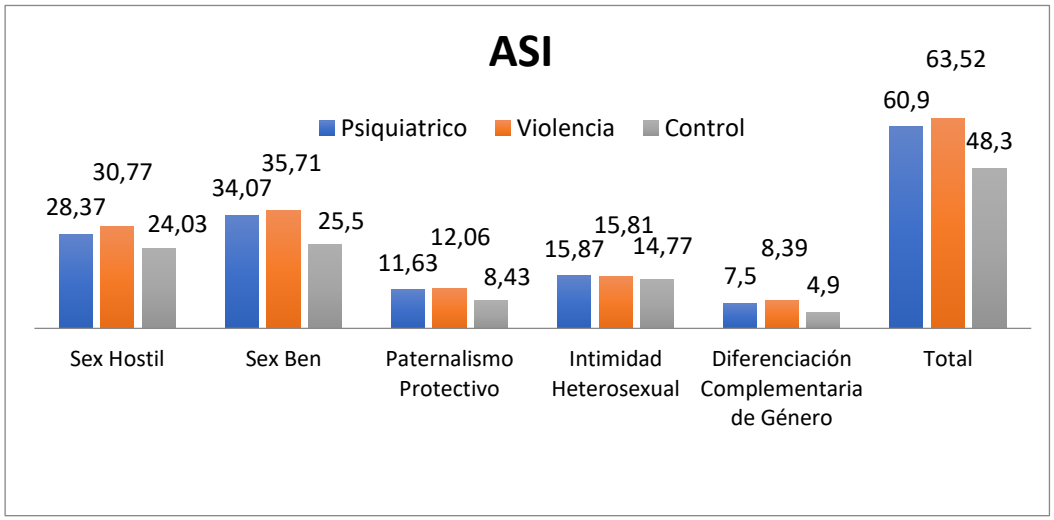


Tabla 7. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario ASI en los tres grupos en estudio.*

			95% intervalo de confianza media						
		Media	Límite inferior	Límite superior	Mediana	Desviación estándar	Mínimo	Máximo	Rango intercuartil
Sex Hostil	Control	24,03	21,76	26,30	23,50	6,083	11	36	5
	Ant. Violencia	30,77	28,41	33,14	29,00	6,438	22	45	12
	Ant. Psiquiátricos	28,37	25,42	31,31	30,00	7,889	3	40	9
Sex Ben	Control	25,50	23,71	27,29	25,50	4,798	16	39	4
	Ant. Violencia	35,71	32,81	38,61	36,00	7,896	23	54	12
	Ant. Psiquiátricos	34,07	31,04	37,10	33,00	8,111	16	48	13
Paternalismo Protectivo	Control	8,43	7,62	9,25	8,00	2,176	5	14	3
	Ant. Violencia	12,06	10,82	13,31	12,00	3,386	4	16	6
	Ant. Psiquiátricos	11,63	10,26	13,00	11,00	3,672	6	20	5
Intimidad Heterosexual	Control	14,77	13,15	16,38	17,00	4,329	5	20	4
	Ant. Violencia	15,81	14,68	16,93	16,00	3,060	7	23	4
	Ant. Psiquiátricos	15,87	14,20	17,53	17,00	4,462	5	25	3
Diferenciación Complementaria de Género	Control	4,90	4,13	5,67	4,50	2,074	3	9	3
	Ant. Violencia	8,39	7,03	9,75	7,00	3,703	3	15	6
	Ant. Psiquiátricos	7,50	6,52	8,48	7,00	2,636	3	12	4
Total	Control	48,30	44,60	52,00	47,50	9,914	28	69	8
	Ant. Violencia	63,52	59,65	67,38	64,00	10,532	47	88	14
	Ant. Psiquiátricos	60,90	56,79	65,01	61,50	11,012	26	76	15

AP

Había diferencias entre los tres grupos de estudio en las escalas de Evitación ($F(2; 88) = 10{,}992$, $p < 0{,}001$, $\eta 2 = 0{,}200$) y Ansiedad ($F(2; 57{,}30) = 13{,}718$, $p < 0{,}001$, $\eta 2 = 0{,}231$).

El grupo con puntuaciones más altas en Evitación fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 9). Estas puntuaciones en Evitación eran más altas que las puntuaciones del grupo Control ($p < 0{,}001$) y que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0{,}032$). No había diferencias en Evitación entre el grupo Violencia y Control ($p = 0{,}112$).

El grupo con puntuaciones más altas en Ansiedad fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 8 y Figura 16). Estas puntuaciones en Ansiedad eran más altas que las puntuaciones del grupo Control ($p < 0{,}001$) y que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0{,}032$). No había diferencias en Ansiedad entre el grupo Violencia y Control ($p = 0{,}534$).

Tabla 8. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario AP en los tres grupos en estudio.*

						95% intervalo de confianza media			
		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
Evitación	Control	30	2,5537	,72359	,13211	2,2835	2,8239	1,56	4,83
	Ant. Violencia	31	2,9427	,83893	,15068	2,6349	3,2504	1,44	4,72
	Ant. Psiquiátricos	30	3,4222	,56196	,10260	3,2124	3,6321	2,50	4,72
	Total	91	2,9725	,79451	,08329	2,8071	3,1380	1,44	4,83
Ansiedad	Control	30	3,5110	,78388	,14312	3,2183	3,8037	1,72	4,61
	Ant. Violencia	31	3,2348	1,18935	,21361	2,7985	3,6710	1,33	6,11
	Ant. Psiquiátricos	30	4,4037	,71904	,13128	4,1352	4,6722	2,61	5,50
	Total	91	3,7112	1,04284	,10932	3,4940	3,9284	1,33	6,11

3.3. Relaciones entre las variables del estudio

McLean

La relación entre las dos escalas de McLean TLP y Paranoia o Disociación era de $r = 0,711$, $p < 0,001$. A más puntuación en la escala de TLP, mayor puntuación también en la escala de Paranoia o Disociación.

Relación con las escalas de los demás instrumentos

TLP tenía una relación positiva con muchas escalas (ver Tabla 10). A mayor puntuación en TLP, más puntuación en Impulsividad Motora (BIS), Claridad-Confusión (DERS), Atención-Desatención (DERS), Aceptación-Rechazo (DERS), Funcionamiento-Interferencia (DERS), Regulación-Descontrol (DERS), Neuroticismo (NEO), Deseos de Expresar Enojo (ST), Sentimiento de Enojo (ST), Temperamento Ira-cundo (ST), Reacción de Enojo (ST), Expresión Externa del Enojo (ST), Expresión Interna del Enojo (ST), Sex Hostil (ASI), Sex Ben (ASI), Paternalismo Protectivo (ASI), Diferenciación Complementaria de Género (ASI), Total (ASI), Evitación (AP) y Ansiedad (AP). Además, TLP tenía también una relación negativa con (a más TLP, menos): Control Externo del Enojo (ST), Control Interno del Enojo (ST) y Abuso Físico (CTQ).

Paranoia o Disociación tenía una relación positiva con muchas escalas (ver Tabla 10). A mayor puntuación en Paranoia o Disociación, más puntuación en Impulsividad Motora (BIS), Claridad-Confusión (DERS), Atención-Desatención (DERS), Aceptación-Rechazo (DERS), Funcionamiento-Interferencia (DERS), Regulación-Descontrol (DERS), Neuroticismo (NEO), Deseos de Expresar Enojo (ST), Sentimiento de Enojo (ST), Temperamento Iracundo (ST), Expresión Interna del Enojo (ST), Sex Hostil (ASI), Sex Ben (ASI), Paternalismo Protectivo (ASI), Diferenciación Complementaria de Género (ASI), Total (ASI), Negligencia Física (CTQ), Evitación (AP) y Ansiedad (AP). Además, Paranoia o Disociación tenía también una relación negativa con (a más Paranoia o Disociación, menos): Control Externo del Enojo (ST), Control Interno del Enojo (ST) y Abuso Físico (CTQ).

BIS

Había diferencias entre los grupos en todas las escalas de Impulsividad (Impulsividad Cognitiva: $F(2; 88) = 6,082$, $p = 0,003$, $\eta 2 = 0,121$; Impulsividad Motora: $F(2; 88) = 6,937$, $p = 0,002$, $\eta 2 = 0,136$; Impulsividad Planeada: $F(2; 88) = 12,159$, $p < 0,001$, $\eta 2 = 0,217$; Puntuación Total: $F(2; 88) = 12,511$, $p < 0,001$, $\eta 2 = 0,221$).

El grupo con puntuaciones más altas en Impulsividad Cognitiva fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 1). Estas puntuaciones en Impulsividad Cognitiva eran más altas que las puntuaciones del grupo Control ($p = 0,004$), y que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0,033$). Había diferencias, pero no estadísticamente significativas en Impulsividad Cognitiva entre el grupo Control y Violencia ($p > 0,999$).

El grupo con puntuaciones más altas en Impulsividad Motora fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 1). Estas puntuaciones en Impulsividad Motora eran más altas que las puntuaciones del grupo Control ($p = 0,001$), y que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0,048$). Había diferencias en Impulsividad Motora entre el grupo Control y Violencia pero no llegan a ser significativa ($p = 0,668$).

El grupo con puntuaciones más altas en Impulsividad Planeada fue el grupo *Psiquiátrico* (ver Tabla 9). Estas puntuaciones en Impulsividad Planeada eran más altas que las puntuaciones del grupo Control ($p < 0,001$), y que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0,017$). Había diferencias tendencialmente positiva, pero no estadísticamente significativas en Impulsividad Planeada entre el grupo Control y Violencia ($p = 0,107$).

El grupo con puntuaciones más altas en Impulsividad Total fue el grupo Psiquiátrico (ver Tabla 1). Estas puntuaciones en Impulsividad Total eran más altas que las puntuaciones del grupo Control ($p < 0,001$), y que las puntuaciones del grupo Violencia ($p = 0,007$). Igualmente, había diferencias tendencialmente positiva en Impulsividad Total entre el grupo Control y Violencia ($p = 0,209$).

Tabla 9. *Puntuaciones en las escalas del cuestionario BIS en los tres grupos en estudio.*

						95% intervalo de la media			
		N	Media	Desviación estándar	Error estándar	Límite inferior	Límite superior	Mínimo	Máximo
BIS Impulsividad Cognitiva	Control	30	12,37	4,279	,781	10,77	13,96	4	22
	Ant. Violencia	31	13,29	5,159	,927	11,40	15,18	1	28
	Ant. Psiquiátricos	30	16,53	5,097	,931	14,63	18,44	4	26
	Total	91	14,05	5,132	,538	12,99	15,12	1	28
BIS Impulsividad Motora	Control	30	11,70	5,093	,930	9,80	13,60	2	21
	Ant. Violencia	31	13,71	6,599	1,185	11,29	16,13	0	27
	Ant. Psiquiátricos	30	17,73	7,277	1,329	15,02	20,45	5	33
	Total	91	14,37	6,800	,713	12,96	15,79	0	33
BIS Impulsividad Planeada	Control	30	15,20	4,452	,813	13,54	16,86	6	23
	Ant. Violencia	31	17,81	5,388	,968	15,83	19,78	7	27
	Ant. Psiquiátricos	30	22,37	6,980	1,274	19,76	24,97	10	34
	Total	91	18,45	6,367	,667	17,12	19,78	6	34
BIS Puntuación Total	Control	30	39,27	11,176	2,040	35,09	43,44	18	64
	Ant. Violencia	31	44,58	13,020	2,338	39,80	49,36	20	75
	Ant. Psiquiátricos	30	56,63	16,629	3,036	50,42	62,84	29	91
	Total	91	46,80	15,450	1,620	43,58	50,02	18	91

DERS

Relación entre las escalas del mismo instrumento

Claridad-Confusión tenía una relación positiva con Atención-Desatención (r = 0,511, p < 0,001), Aceptación-Rechazo (r = 0,453, p < 0,001), Funcionamiento-Interferencia (r = 0,608, p < 0,001) y Regulación-Descontrol (r = 0,638, p < 0,001). Atención-Desatención tenía una relación positiva con Aceptación-Rechazo (r = 0,289, p = 0,006), Funcionamiento-Interferencia (r = 0,373, p < 0,001) y Regulación-Descontrol (r = 0,356, p = 0,001). Aceptación-Rechazo tenía una relación positiva con Funcionamiento-Interferencia (r = 0,706, p < 0,001) y Regulación-Descontrol (r = 0,778, p = 0,001). Finalmente, Funcionamiento-Interferencia tenía una relación positiva con Regulación-Descontrol (r = 0,804, p = 0,001). En definitiva, todas las escalas estaban relacionadas de forma positiva, a más puntuación en una escala, más puntuación en la otra.

Relación con las escalas de los demás instrumentos

Claridad-Confusión tenía una relación positiva con muchas escalas (ver Tabla 12). A mayor puntuación en Claridad-Confusión, más puntuación en Neuroticismo

(NEO), Deseos de Expresar Enojo (ST), Sentimiento de Enojo (ST), Temperamento Iracundo (ST), Reacción de Enojo (ST), Expresión Externa del Enojo (ST), Expresión Interna del Enojo (ST), Sex Ben (ASI), Paternalismo Protectivo (ASI), Total (ASI), Evitación (AP) y Ansiedad (AP). Además, Claridad-Confusión tenía también una relación negativa con (a más Claridad-Confusión, menos): Responsabilidad (NEO), Control Externo del Enojo (ST), Control Interno del Enojo (ST) y Abuso Físico (CTQ).

Atención-Desatención tenía una relación positiva con (ver Tabla 12) Neuroticismo (NEO), Deseos de Expresar Enojo (ST), Sentimiento de Enojo (ST), Temperamento Iracundo (ST), Reacción de Enojo (ST), Expresión Externa del Enojo (ST), Expresión Interna del Enojo (ST), Paternalismo Protectivo (ASI), Evitación (AP) y Ansiedad (AP). Además, Atención-Desatención tenía también una relación negativa con (a más Atención-Desatención, menos): Control Externo del Enojo (ST), Control Interno del Enojo (ST) y Abuso Físico (CTQ).

Aceptación-Rechazo tenía una relación positiva con (ver Tabla 12) Neuroticismo (NEO), Apertura a la Experiencia (NEO), Deseos de Expresar Enojo (ST), Sentimiento de Enojo (ST), Temperamento Iracundo (ST), Reacción de Enojo (ST), Expresión Externa del Enojo (ST), Expresión Interna del Enojo (ST), Sex Hostil (ASI), Sex Ben (ASI), Paternalismo Protectivo (ASI), Diferenciación Complementaria de Género (ASI), Total (ASI), Abuso Emocional (CTQ), Negligencia Física (CTQ), Evitación (AP) y Ansiedad (AP). Además, Aceptación-Rechazo tenía también una relación negativa con (a más Aceptación-Rechazo, menos): Cordialidad (NEO) y Control Externo del Enojo (ST).

Funcionamiento-Interferencia tenía una relación positiva con (ver Tabla 12) Neuroticismo (NEO), Deseos de Expresar Enojo (ST), Sentimiento de Enojo (ST), Temperamento Iracundo (ST), Reacción de Enojo (ST), Expresión Externa del Enojo (ST), Expresión Interna del Enojo (ST), Sex Hostil (ASI), Sex Ben (ASI), Paternalismo Protectivo (ASI), Diferenciación Complementaria de Género (ASI), Total (ASI), Evitación (AP) y Ansiedad (AP). Además, Funcionamiento-Interferencia tenía también una relación negativa con (a más Funcionamiento-Interferencia, menos): Cordialidad (NEO), Responsabilidad (NEO, Control Externo del Enojo (ST), Control Interno del Enojo (ST) y Abuso Físico (CTQ).

Regulación-Descontrol tenía una relación positiva con (ver Tabla 10) Neuroticismo (NEO), Deseos de Expresar Enojo (ST), Sentimiento de Enojo (ST), Temperamento Iracundo (ST), Reacción de Enojo (ST), Expresión Externa del Enojo (ST), Expresión Interna del Enojo (ST), Sex Hostil (ASI), Sex Ben (ASI), Paternalismo Protectivo (ASI), Diferenciación Complementaria de Género (ASI), Total (ASI), Evitación (AP) y Ansiedad (AP). Además, Regulación-Descontrol tenía también una relación negativa con (a más Regulación-Descontrol, menos): Cordialidad (NEO), Responsabilidad (NEO, Control Externo del Enojo (ST) y Control Interno del Enojo (ST).

Tabla 10. *Correlaciones entre las escalas DERS y las demás escalas del estudio.*

	Claridad -Confusión	Atención -Desatención	Aceptación -Rechazo	Funcionamiento -Interferencia	Regulación-Descontrol
	Correlación[1]	Correlación	Correlación	Correlación	Correlación
NEO Neuroticismo	.509**	.374**	.459**	.467**	.548**
NEO Extroversión	.052	.083	.102	-.062	-.008
NEO Ap. Experiencia	.045	.059	.262*	-.007	.144
NEO Cordialidad	-.163	-.177	-.214*	-.331**	-.217*
NEO Responsabilidad	-.283**	-.203	-.093	-.344**	-.257*
ST Deseos de expresar enojo	.209*	.223*	.417**	.214*	.278**
ST Sentimiento de enojo	.319**	.290**	.401**	.308**	.350**
ST Temperamento iracundo	.384**	.233*	.572**	.683**	.667**
ST Reacción de enojo	.281**	.349**	.433**	.525**	.447**
ST Control externo del enojo	-.436**	-.430**	-.359**	-.399**	-.612**
ST Control interno del enojo	-.286**	-.280**	-.162	-.263*	-.375**
ST Expresión externa del enojo	.330**	.355**	.357**	.488**	.527**
ST Expresión interna del enojo	.428**	.393**	.583**	.580**	.581**
ASI Sex Hostil	.181	.148	.348**	.296**	.307**
ASI Sex Ben	.236*	.181	.283**	.298**	.377**
ASI Paternalismo Protectivo	.340**	.212*	.289**	.355**	.431**
ASI Intimidad Heterosexual	-.019	.047	.066	-.121	-.040
ASI Diferenciación Complementaria de Género	.113	.140	.241*	.291**	.298**
ASI Total	.277**	.206	.341**	.333**	.404**
CTQ Abuso Emocional	-.091	.008	.217*	.090	.101
CTQ Abuso Físico	-.268*	-.246*	-.118	-.210*	-.192
CTQ Abuso Sexual	-.052	.025	-.122	-.007	-.143
CTQ Negligencia Emocional	.010	.059	.158	.093	.140
CTQ Negligencia Física	.204	.109	.208*	.185	.202
AP Evitación	.509**	.270**	.388**	.445**	.475**
AP Ansiedad	.489**	.276**	.422**	.525**	.518**

[1]Correlación de Pearson para las variables que seguían una distribución normal. Correlación de Spearman para las variables que no seguían una distribución normal.

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

NEO

Relación entre las escalas del mismo instrumento:

Neuroticismo tenía una relación positiva con Extroversión ($r = 0,273$, $p = 0,009$) y Apertura a la Experiencia ($r = 0,355$, $p = 0,001$). Además, Extroversión tenía una relación positiva con Apertura a la Experiencia ($r = 0,436$, $p < 0,001$), Cordialidad ($r = 0,503$, $p < 0,001$) y Responsabilidad ($r = 0,569$, $p < 0,001$). Apertura a la Experiencia tenía una relación positiva también con Cordialidad ($r = 0,471$, $p < 0,001$) y Responsabilidad ($r = 0,551$, $p < 0,001$). Finalmente, Cordialidad tenía una relación positiva también con Responsabilidad ($r = 0,727$, $p < 0,001$).

En definitiva, existía una relación positiva entre las variables: Extroversión, Apertura a la Experiencia, Cordialidad y Responsabilidad. Sin embargo, Neuroticismo solo se relacionaba positivamente con Extroversión y Apertura a la Experiencia, pero no con Cordialidad ni con Responsabilidad.

Relación con las escalas de los demás instrumentos:

Neuroticismo tenía una relación positiva con (ver Tabla 13) Deseos de Expresar Enojo (ST), Sentimiento de Enojo (ST), Temperamento Iracundo (ST), Reacción de Enojo (ST), Expresión Externa del Enojo (ST), Expresión Interna del Enojo (ST), Sex Hostil (ASI), Sex Ben (ASI), Paternalismo Protectivo (ASI), Total (ASI), Evitación (AP) y Ansiedad (AP). Además, Neuroticismo tenía también una relación negativa con (a más Neuroticismo, menos) Control Externo del Enojo (ST).

Extroversión tenía una relación positiva con (ver Tabla 11) Deseos de Expresar Enojo (ST) y una relación negativa con Abuso Físico (CTQ). Apertura a la Experiencia solo tenía una relación positiva con Ansiedad (AP). Cordialidad y Responsabilidad solo tenían una relación negativa (a más cordialidad y responsabilidad, menos) Expresión Interna de Enojo (ST).

Tabla 11. *Correlaciones entre las escalas NEO y las demás escalas del estudio.*

	NEO Neuroticismo	NEO Extroversión	NEO Ap. Experiencia	NEO Cordialidad	NEO Responsabilidad
	Correlación[1]	Correlación	Correlación	Correlación	Correlación
ST Deseos de expresar enojo	.248*	.230*	.143	-.143	.065
ST Sentimiento de enojo	.253*	.203	.191	.000	.115
ST Temperamento iracundo	.380**	.010	.037	-.174	-.131
ST Reacción de enojo	.400**	.079	.079	-.140	-.077
ST Control externo del enojo	-.402**	.181	-.053	.151	.177
ST Control interno del enojo	-.123	-.043	-.069	.086	.034
ST Expresión externa del enojo	.377**	-.148	.060	-.157	-.183
ST Expresión interna del enojo	.308**	.000	.084	-.237*	-.212*
ASI Sex Hostil	.222*	.154	.076	-.033	.023
ASI Sex Ben	.240*	.158	.009	.026	.130
ASI Paternalismo Protectivo	.284**	.176	-.090	.001	.084
ASI Intimidad Heterosexual	.095	.155	.156	.198	.187
ASI Diferenciación Complementaria de Género	.177	.065	.101	.068	.133
ASI Total	.273**	.184	.039	-.010	.062
CTQ Abuso Emocional	.056	-.017	.034	.077	.058
CTQ Abuso Físico	-.196	-.252*	-.180	.124	.073
CTQ Abuso Sexual	-.024	.062	.050	.089	.140
CTQ Negligencia Emocional	.068	-.092	-.009	-.113	-.102
CTQ Negligencia Física	.070	.035	.074	-.039	-.024
AP Evitación	.450**	.159	.154	.079	-.030
AP Ansiedad	.521**	.066	.218*	-.124	-.168

[1]Correlación de Pearson para las variables que seguían una distribución normal. Correlación de Spearman para las variables que no seguían una distribución normal.

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

ST

Relación entre las escalas del mismo instrumento:

Las correlaciones entre las escalas del instrumento ST pueden consultarse en la tabla 12. Casi todas las escalas correlacionaban de forma positiva entre ellas, menos con las escalas Control Externo e Interno del Enojo, donde las correlaciones eran negativas con las demás escalas.

Tabla 12. *Correlaciones de Spearman entre las escalas del instrumento ST.*

	1	2	3	4	5	6	7	8
1. Deseos de expresar enojo	1							
2. Sentimiento de enojo	.681**	1						
3. Temperamento iracundo	.384**	.381**	1					
4. Reacción de enojo	.296**	.317**	.576**	1				
5. Control externo del enojo	-.068	-.231*	-.325**	-.192	1			
6. Control interno del enojo	-.057	-.238*	-.157	-.187	.454**	1		
7. Expresión externa del enojo	.218**	.259**	.520**	.531**	-.466**	-.209*	1	
8. Expresión interna del enojo	.449**	.383**	.519**	.437**	-.312**	-.066	.427**	1

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Relación con las escalas de los demás instrumentos:

A más Deseos de Expresar Enojo, mayores puntuaciones en la escala de Negligencia Física (CTQ). La escala de Sentimiento de Enojo tenía una relación positiva con Sex Hostil (ASI), Sex Ben (ASI), Paternalismo Protectivo (ASI), Diferenciación Complementaria de Género (ASI), Total (ASI), Evitación (AP) y Ansiedad (AP). Temperamento Iracundo tenía una relación positiva con Abuso Emocional (CTQ) y Ansiedad (AP). Reacción de Enojo, tenía una relación positiva con Sex Hostil (ASI) y Ansiedad (AP).

A más Control Externo, menos Paternalismo Protectivo (ASI), menor puntuación total en el instrumento ASI, y menor Evitación (AP) y Ansiedad (AP). A más Control Interno, menos Sex Hostil (ASI), Negligencia Física (CTQ), y menor Evitación (AP) y Ansiedad (AP).

A mayor Expresión Externa de Enojo, mayores puntuaciones en Ansiedad (AP), y, finalmente, a mayores puntuaciones en Expresión Interna de Enojo, mayores puntuaciones también en: Sex Hostil (ASI), Sex Ben (ASI), Total (ASI), Evitación (AP) y Ansiedad (AP).

Tabla 13. *Correlaciones de Spearman entre las escalas del instrumento ST y las demás escalas.*

	Deseos de expresar enojo	Sentimiento de enojo	Temperamento iracundo	Reacción de enojo	Control externo	Control interno	Expresión externa	Expresión interna
ASI Sex Hostil	.194	.351**	.028	.285**	-.153	-.207*	.026	.238*
ASI Sex Ben	.127	.282**	.099	.072	-.182	-.100	.030	.251*
ASI Paternalismo Protectivo	.091	.255*	.156	.071	-.254*	-.104	.117	.183
ASI Intimidad Heterosexual	.122	.099	-.052	-.143	-.025	.083	-.012	.128
ASI Diferenciación Complementaria de Género	.086	.233*	.096	.179	-.150	-.097	.001	.157
ASI Total	.204	.351**	.087	.184	-.245*	-.172	.025	.254*
CTQ Abuso Emocional	.183	.117	.222*	.153	.075	.089	.186	.088
CTQ Abuso Físico	-.114	-.101	-.190	-.110	.061	.183	-.085	-.109
CTQ Abuso Sexual	-.052	-.043	.046	.096	.192	.062	.059	-.013
CTQ Negligencia Emocional	-.036	.043	.047	.012	-.144	-.130	.019	.011
CTQ Negligencia Física	.252*	.172	.019	.056	-.098	-.214*	-.009	.121
AP Evitación	.156	.259*	.176	.122	-.381**	-.209*	.180	.334**
AP Ansiedad	.158	.252*	.374**	.440**	-.330**	-.343**	.352**	.300**

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

ASI

Relación entre las escalas del mismo instrumento

Las correlaciones entre las escalas del instrumento ASI aparecen en la tabla 16.

De las 6 escalas del instrumento ASI (Ver Tabla 14), 5 tenían correlaciones positivas por encima de 0,4. La escala que no correlacionaba con las demás era Intimidad Heterosexual. Esta escala tenía correlaciones muy bajas con las demás escalas, y con la única escala que correlacionaba de forma significativa era con Sex Ben (r = 0,260, p = 0,013).

Tabla 14. *Correlaciones de Spearman entre las escalas del instrumento ASI.*

		1	2	3	4	5	6
1.	ASI Sex Hostil	1					
2.	ASI Sex Ben	.551**	1				
3.	ASI Paternalismo Protectivo	.433**	.815**	1			
4.	ASI Intimidad Heterosexual	.088	.260*	.028	1		
5.	ASI Diferenciación Complementaria de Género	.513**	.796**	.508**	.002	1	
6.	ASI Total	.821**	.888**	.728**	.187	.754**	1

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Relación con las escalas de los demás instrumentos

Nota: Para consultar las correlaciones con las escalas McLean, las escalas BIS, las escalas DERS, las escalas NEO y las escalas ST ver apartados 3.1-5.

A mayores puntuaciones en las escalas Sex Hostil, mayores puntuaciones también en Negligencia Emocional (CTQ), Negligencia Física (CTQ), Evitación (AP) y Ansiedad (AP). Del mismo modo, a mayores puntuaciones en las escalas de Sex Ben, Paternalismo Protectivo y Diferenciación Complementaria de Género, mayores puntuaciones también en las escalas de Evitación (AP) y Ansiedad (AP). Finalmente, a mayores puntuaciones en la escala ASI Total, mayores puntuaciones también en Negligencia Física (CTQ), Evitación (AP) y Ansiedad (AP).

Tabla 15. *Correlaciones de Spearman entre las escalas del instrumento ASI y los instrumentos CTQ y AP.*

	Sex Hostil	Sex Ben	Paternalismo Protectivo	Intimidad Heterosexual	Diferenciación Complementaria de Género	Total
CTQ Abuso Emocional	.124	.037	.090	.049	.036	.035
CTQ Abuso Físico	-.088	-.035	-.031	.048	-.073	-.117
CTQ Abuso Sexual	-.052	-.116	-.036	.005	-.034	-.147
CTQ Negligencia Emocional	.208*	.020	.057	.011	.007	.076
CTQ Negligencia Física	.290**	.184	.152	.045	.110	.292**
AP Evitación	.397**	.397**	.424**	.158	.294**	.451**
AP Ansiedad	.227*	.263*	.298**	-.061	.260*	.278**

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

CTQ

Relación entre las escalas del mismo instrumento:

Las correlaciones entre las escalas del instrumento CTQ que aparecen en la tabla 16 mostrando que las únicas relaciones entre las escalas de este instrumento eran que, a mayor Abuso Emocional, mayor Abuso Físico ($r = 0{,}416$, $p < 0{,}001$) y mayor Abuso Sexual ($r = 0{,}327$, $p = 0{,}002$).

Tabla 16. *Correlaciones de Spearman entre las escalas del instrumento CTQ.*

	1	2	3	4	5
1. CTQ Abuso Emocional	1				
2. CTQ Abuso Físico	.416**	1			
3. CTQ Abuso Sexual	.327**	.102	1		
4. CTQ Negligencia Emocional	.022	-.082	.058	1	
5. CTQ Negligencia Física	.072	-.077	-.087	-.044	1

**. La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).
*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Relación con las escalas de los demás instrumentos

La única escala que tenía relación con el instrumento AP era Abuso Físico. A mayor Abuso Físico, menores puntuaciones en las escalas de Evitación (AP) y Ansiedad (AP) (Ver Tabla 17).

Tabla 17. *Correlaciones de Spearman entre las escalas del instrumento CTQ y las escalas del instrumento AP.*

	AP Evitación	AP Ansiedad
CTQ Abuso Emocional	-.076	.001
CTQ Abuso Físico	-.237*	-.257*
CTQ Abuso Sexual	-.118	-.027
CTQ Negligencia Emocional	.202	.100
CTQ Negligencia Física	.167	.182

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

AP

Relación entre las escalas del mismo instrumento

Las escalas de Ansiedad y Evitación tenían una relación positiva. A mayores puntuaciones en la escala de Ansiedad, mayores puntuaciones también en la escala de Evitación ($r = 0,359$, $p < 0,001$).

Relación con las escalas de los demás instrumentos

Nota: Para consultar las correlaciones de las escalas AP, con las escalas de los demás instrumentos ver los apartados 3.1-7.

4. Análisis de Regresión Logística

El objetivo de este análisis es, mediante un análisis multivariado, establecer cuáles son las variables más importantes a la hora de determinar la probabilidad de pertenencia a un determinado grupo en este estudio (Violencia, Psiquiátrico o Control). Para ello, se establecieron diversos modelos de regresión logística, en los que un conjunto de variables independientes (p. ej. resultados en las escalas) trataron de predecir la pertenencia a un determinado grupo: Violencia vs. Control, Psiquiátrico vs. Control, y Violencia vs. Psiquiátrico. El número de variables predictoras (i.e. variables independientes) que se pueden introducir en cada modelo depende del tamaño muestral. Dado que el tamaño de la muestra no es grande, fue necesario

limitar el número de variables predictoras a introducir en cada modelo. Para seleccionar las variables predictoras a introducir en los modelos se siguieron dos criterios:

1. Se seleccionaron las escalas que habían demostrado ser diferentes entre los grupos de estudio que el modelo iba a tratar de predecir.
2. En el caso de que las escalas que habían demostrado ser diferentes entre los grupos tuviesen una puntuación total del instrumento, se utilizó solo la puntuación total como variable predictora en el modelo.

4.1. Violencia vs. Control:

El modelo mostró un buen ajuste global según la prueba de Hosmer-Lemeshow, y un porcentaje de varianza explicada en la pertenencia a uno de los dos grupos del 85% (ver tabla 18). El porcentaje global de casos correctamente clasificados por el modelo fue alto, concretamente del 91,5%. Para cada grupo por separado, el modelo clasificó correctamente al 90% de los participantes del grupo Violencia y al 93,1% del grupo Control.

Tabla 18. *Ajuste del modelo de regresión logística según la prueba de Hosmer-Lemeshow, porcentaje de varianza explicada a partir de R2 de Nagelkerke, y porcentaje de casos clasificados de forma correcta por el modelo.*

	Ajuste del modelo			**% Varianza Explicada**	**% Casos clasificados correctamente Grupos**		
	X^2	g.l	p	R^2 Nagelkerke	Total	Violencia	Control
Modelo	2,468		0,963	85,4%	91,5%	90%	93,1%

Los resultados del análisis revelaron que, pertenecer al grupo Violencia estuvo asociado con un menor nivel educativo, menores puntuaciones en temperamento iracundo y mayores puntuaciones en sexismo ambivalente (ver tabla 19). En el modelo, expresión externa de enojo no era un predictor de pertenencia en el grupo de Violencia.

Tabla 19. Resultados del modelo de regresión logística para cada uno de los predictores.

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B) Inferior	Superior
GEstudios	-1,727	,644	7,190	1	,007	,178	,050	,628
ST Temperamento iracundo	-,805	,380	4,482	1	,034	,447	,212	,942
ST Expresión externa del enojo	-,327	,244	1,790	1	,181	,721	,447	1,164
ASI Total	,333	,112	8,842	1	,003	1,396	1,120	1,739
Constante	-4,439	3,507	1,602	1	,206	,012		

B: pendiente; p: nivel crítico de significación; Exp(b): Odds ratio; IC95% (Li-Ls): intervalo de confianza de Exp(b) (límite inferior y superior)

Psiquiátrico vs. Control

El modelo mostró un buen ajuste global según la prueba de Hosmer-Lemeshow, y un porcentaje de varianza explicada en la pertenencia a uno de los dos grupos del 64% (ver tabla 20). El porcentaje global de casos correctamente clasificados por el modelo fue alto, concretamente del 81,7%. Para cada grupo por separado, el modelo clasificó correctamente al 83,3% de los participantes del grupo Psiquiátrico y al 80% del grupo Control.

Tabla 20. *Ajuste del modelo de regresión logística según la prueba de Hosmer-Lemeshow, porcentaje de varianza explicada a partir de R^2 de Nagelkerke, y porcentaje de casos clasificados de forma correcta por el modelo.*

	Ajuste del modelo			**% Varianza Explicada**	**% Casos clasificados correctamente Grupos**		
	X^2	g.l	p	R^2 Nagelkerke	Total	Psiquiátrico	Control
Modelo	4,210		0,838	63,8%	81,7%	83,3%	80%

Los resultados del análisis revelaron que, pertenecer al grupo Psiquiátrico estuvo asociado con mayores puntuaciones en Evitación (p = 0,052; ver tabla 21). Todas las demás variables no eran significativas.

Tabla 21. Resultados del modelo de regresión logística para cada uno de los predictores.

	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	95% C.I. para EXP(B) Inferior	Superior
GEstudios	-,359	,345	1,087	1	,297	,698	,355	1,372
Trastorno Límite de Personalidad	,768	,640	1,438	1	,230	2,155	,614	7,556
BIS Puntuación Total	,059	,044	1,814	1	,178	1,061	,973	1,156
Dificultades en la Regulación Emocional	-,536	,683	,617	1	,432	,585	,153	2,231
Sexismo Ambivalente	,041	,040	1,057	1	,304	1,042	,964	1,126
AP Evitación	1,416	,728	3,785	1	,052	4,119	,990	17,146
AP Ansiedad	,994	,605	2,699	1	,100	2,703	,825	8,854
Constante	-12,055	4,404	7,493	1	,006	,000		

B: pendiente; p: nivel crítico de significación; Exp(b): Odds ratio; IC95% (Li-Ls): intervalo de confianza de Exp(b) (límite inferior y superior)

Violencia vs. Psiquiátrico

Las variables predictoras introducidas en el modelo fueron: Educación, Trastorno Límite de Personalidad (McLean), Impulsividad Total, Dificultades en la Regulación Emocional (DERS), Sexismo Ambivalente, Evitación y Ansiedad.

Tres participantes, 1 participante del grupo Violencia y 2 participantes del grupo Psiquiátrico, fueron eliminados de los análisis puesto que la evaluación de los residuales estandarizados demostró que estos participantes tenían una influencia extrema en los resultados del modelo (residuales estandarizados por encima de 3,29).

El modelo mostró un buen ajuste global según la prueba de Hosmer-Lemeshow, y un porcentaje de varianza explicada en la pertenencia a uno de los dos grupos del 89% (ver tabla 22). El porcentaje global de casos correctamente clasificados por el modelo fue alto, concretamente del 91,4%. Para cada grupo por separado, el modelo clasificó correctamente al 89,3% de los participantes del grupo Psiquiátrico y al 93,3% del grupo Violencia.

Tabla 22. *Ajuste del modelo de regresión logística según la prueba de Hosmer-Lemeshow, porcentaje de varianza explicada a partir de R^2 de Nagelkerke, y porcentaje de casos clasificados de forma correcta por el modelo.*

	Ajuste del modelo			**% Varianza Explicada**	**% Casos clasificados correctamente Grupos**		
	X^2	g.l	p	R^2 Nagelkerke	Total	Psiquiátrico	Violencia
Modelo	2,612		0,956	88,7%	91,4%	89,3%	93,3%

Los resultados del análisis revelaron que tener un mayor nivel educativo, mayores puntuaciones en Dificultades en la Regulación Emocional (p = 0,056), y en Ansiedad, y menores puntuaciones en Sexismo Ambivalente estuvo asociado con una mayor probabilidad de pertenecer al grupo Psiquiátrico (ver Tabla 23).

Tabla 23. *Resultados del modelo de regresión logística para cada uno de los predictores.*

							95% C.I. para EXP(B)	
	B	Error estándar	Wald	gl	Sig.	Exp(B)	Inferior	Superior
Estudios	4,749	2,100	5,114	1	,024	115,476	1,884	7079,210
Trastorno Límite de Personalidad	-,113	,943	,014	1	,905	,894	,141	5,678
BIS Puntuación Total	,054	,056	,935	1	,334	1,056	,946	1,179
Dificultades en la Regulación Emocional	2,617	1,372	3,637	1	,056	13,689	,930	201,467
Sexualidad Ambivalente	-,243	,108	5,059	1	,024	,784	,635	,969
AP Evitación	2,494	1,705	2,140	1	,144	12,109	,428	342,241
AP Ansiedad	2,502	1,260	3,943	1	,047	12,202	1,033	144,142
Constante	-15,153	9,519	2,534	1	,111	,000		

B: pendiente; p: nivel crítico de significación; Exp(b): Odds ratio; IC95% (Li-Ls): intervalo de confianza de Exp(b) (límite inferior y superior)

5. Discusión

Hay muchos modelos que intentan explicar las causas que subyacen a la violencia de género, como los modelos psicodinámicos, cognitivo-conductuales, psicoeducativos, enfoque de la liberación de tensión, sistémicos familiares, enfoque de género. Desde nuestro punto de vista y desde la práctica clínica, nuestro enfoque integra elementos bio-psicológicos con componentes sociales.

En base a lo antes dicho, las variables estudiadas, sean psicológicas como sociales, han arrojado algunos resultados que creemos que deben tenerse en consideración a la hora de buscar las variables predictoras. Hemos obtenido resultados que no son concluyentes y que, en algunos casos coinciden y en otros difieren de los obtenidos por otros estudios.

En las variables sociodemográficas encontramos que la mayoría de los sujetos del grupo experimental (“Violencia”) son solteros, realizan trabajos manuales, tienen nivel de estudios básico y ocupan niveles superiores en la fratria.

En las variables psicológicas el grupo experimental (Violencia) y el grupo control psiquiátrico presentaban clínicamente diagnóstico de trastorno límite de la personalidad evaluados por criterios del DSM-5 y por la escala de McLean.

El grupo experimental presenta valores estadísticamente superiores al grupo control en apego preocupado-inseguro. Aunque las puntuaciones no son estadísticamente significativas presentan una tendencia elevada. Estos hallazgos concuerdan con diferentes estudios realizados en Europa (Carraud, Jaffé, Sillitti-Dokic, 2008; Velotti, Beomonte Zobel, Rogier, Tambelli, 2018) quienes sí encuentran el apego inseguro en niveles estadísticamente significativos. Por otro lado, nuestro estudio y los antes citados se diferencian de otros realizados en Estados Unidos de Norteamérica sobre apego y personalidad en relación con la violencia de género en la pareja. Estos estudios encuentran que en perpetradores con diagnostico de trastorno límite de la personalidad prevalece un estilo de apego evitativo con valores de significación estadísticas frente a controles sanos (Lawson, Brossart, 2013; Mauricio, Tein, López, 2007).

La variable estudiada de Desregulación Emocional en el grupo experimental presenta valores superiores tendenciales en las escalas regulación-descontrol, funcionamiento-interferencia y aceptación-rechazo, cuando lo comparamos con los otros dos grupos, lo que indica que el malestar emocional provoca alteraciones de la conducta que se expresan en pobres estrategias de resolución y afrontamiento del conflicto. Estos hallazgos encontrados en nuestra muestra son consistentes con las propuestas para algunos tipos de perpetradores, como aquellos sujetos que ejercen la violencia a sus parejas femeninas por alteraciones en la autorregulación de las emociones (Chase et al., 2001; Johnson et al., 2006; Corral, Calvete, 2014)

En cuanto a la variable investigada de Hostilidad - Ira, todos los valores del grupo experimental son inferiores a los del grupo control sano, excepto las escalas Sentimiento de Enojo, Deseo de expresar enojo y Expresión interna del enojo. Todos los valores fueron inferiores al del grupo psiquiátrico. Similares hallazgos se objetivaron en la Escala de Impulsividad (BIS-11), en donde el grupo experimental presenta puntuaciones totales más altas que el grupo control pero más bajas que el grupo psiquiátrico. Estas puntuaciones no son consistentes con la conducta de los sujetos evaluados, lo que indica un alto grado de error sistemático por deseabilidad social como los encontrados en estudios similares (Pérez Ramírez, Jiménez-Salinas Framis, de Juan Espinosa, 2010).

En cuanto al Sexismo, encontramos que el grupo experimental presenta valores superiores a los grupos control y psiquiátrico en sexismo hostil, sexismo benevolente, paternalismo protectivo, diferenciación complementaria y total. El grupo con puntuaciones más altas en Sexismo Hostil fue el grupo Violencia. Las puntuaciones en Sexismo Hostil muestran que son estadísticamente significativas con el grupo Control ($p < 0,001$). También el grupo Psiquiátrico muestra puntuaciones más altas en esta escala que el grupo Control ($p = 0,003$). No había diferencias en Sexismo Hostil entre el grupo Violencia y Psiquiátrico ($p > 0,999$).

En Sexismo Benevolente las puntuaciones más altas fueron para el grupo Violencia. Estas puntuaciones en Sexismo Benevolente eran más altas que las puntuaciones del grupo Control ($p < 0,001$). El grupo Psiquiátrico también tenía puntuaciones más altas en esta escala que el grupo Control ($p < 0,001$). No había

diferencias en Sexismo Benevolente entre el grupo Violencia y Psiquiátrico ($p > 0,999$).

Del mismo modo, a mayores puntuaciones en las escalas Sexismo Hostil, mayores puntuaciones también en Negligencia Emocional (CTQ), Negligencia Física (CTQ), Evitación (AP) y Ansiedad (AP). Así también, a mayores puntuaciones en las escalas de Sexismo Benevolente, Paternalismo Protectivo y Diferenciación Complementaria de Género, mayores puntuaciones también en las escalas de Evitación (AP) y Ansiedad (AP). Finalmente, a mayores puntuaciones en la escala ASI Total, mayores puntuaciones también en Negligencia Física (CTQ), Evitación (AP) y Ansiedad (AP).

Respecto del Trauma Infantil (CTQ), encontramos que el grupo control presenta valores más altos en abuso emocional que los otros grupos, pero que el grupo experimental presenta valores más elevados de Abuso Emocional, mayor Abuso Físico ($r = 0,416$, $p < 0,001$) y mayor Abuso Sexual ($r = 0,327$, $p = 0,002$) que el control. Los datos apuntan tanto a una co-ocurrencia como a un ciclo de abuso con el trauma infantil que lleva a la violencia contra las mujeres y maltrato infantil coincidiendo con estudios precedentes publicados en las revistas The Lancet y PLoSONE (Fulu, Miedema, Roselli, McCook, Chan, Haardörfer, Jewkes, 2017; Machisa, Christofides, Jewkes, 2016) y donde concuerdan en que estos hallazgos deben tenerse en cuenta en todo los niveles de la prevención de la violencia en la pareja.

En la valoración de la personalidad, el NEO-PI-R presenta valores inconsistentes, siendo el grupo experimental (Violencia) quien ha presentado los valores más altos en Cordialidad y Responsabilidad. Nuevamente, nos encontramos con un error por deseabilidad social elevada. Los datos en los que encontramos alta deseabilidad en las respuestas a los ítems, coinciden con estudios previos llevados a cabo en la elaboración de la investigación que se efectuó en Instituciones Penitenciarias para la valoración del programa PRIA – MA (Pérez Ramírez, Jiménez-Salinas Framis, de Juan Espinosa, 2010).

Por otro lado, observamos a lo largo de la investigación, un problema para el reconocimiento de las propias emociones y las de los otros, lo que lleva a situaciones de desregulación emocional y a la dificultad para reconocer y juzgar la gravedad de las distintas formas del comportamiento agresivo. Estas afirmaciones que sostenemos concuerdan con las expresadas con estudios preexistentes (Chamberland, Fortin, Turgeon y Laporte, 2007; Marshall y Holtzworth-Munroe, 2010)

6. Conclusiones

Finalmente, para concluir, destacamos que en todos los programas referidos a tratamientos de violencia de género como medida alternativa, y en aquellos dirigidos a la prevención de dicho problema social, deberían incluirse terapias enfocadas al reconocimiento de las emociones, al manejo de la impulsividad y la ira, y al abordaje de las ideologías sexistas. De todas las variables estudiadas, esta última es la que ha arrojado puntuaciones estadísticamente significativas en todos los ítems que hacían referencia a este constructo , y consideramos que debe ser abordado en todos los tratamientos y en todos los niveles de prevención.

En cuanto a las otras variables más allá de la ideología sexista, encontramos distintos grados de sesgo de deseabilidad social y disimulación, lo que se observa en las disonancias entre los hallazgos de la evidencia clínica y los resultados estadísticos obtenidos con instrumentos autoaplicados y elaborados para la valoración de sujetos clínicos no forenses. Por este motivo, se recomienda la utilización de instrumentos actuariales de uso forense que incluyan medidas de deseabilidad social y disimulación, simulación o sobre-simulación.

7. Limitaciones de la investigación

En el estudio detallamos distintas limitaciones. La primera de ella es que los datos fueron transversales, limitando así las conclusiones. Las investigaciones futuras pueden incluir análisis longitudinales. Los estudios a lo largo del tratamiento podrían establecer más objetivamente los vínculos causales entre las variables y la violencia de género en la pareja.

Otra limitación que señalamos es el tamaño de la muestra que, si bien en la revisión bibliográfica es similar a otras muestras analizadas, impide tener datos

concluyentes. Sin embargo, como diferentes estudios señalan y nuestra experiencia nos muestra, pensamos que esta línea de investigación es de alta efectividad para continuar agregando sujetos a este estudio y comprender las causales de este tipo de violencia.

La investigación solo examinó las variables bio-psico-sociales de los perpetradores. Los estudios futuros podrían incluir datos de las parejas ya que en diferentes publicaciones señalan los factores en la interacción que intervienen en la violencia de los perpetradores. Esto podría realizase con escalas que objetiven las características bio-psicosociales de las víctimas, a diferencia de los informes de los perpetradores, generalmente se consideran una medida más confiable de la violencia de género en la pareja.

8. Conflicto de intereses

El presente trabajo ha sido realizado con fondos obtenidos mediante una subvención del Departamento de Empleo y Políticas Sociales del Gobierno Vasco, Subdelegación de Políticas Sociales para la Gestión del Conocimiento que fue otorgada a Amikeco.

9. Bibliografía

Aguado D, Lucia B, Ponte G, Arranz V. (2008). Análisis inicial de las Propiedades Psicométricas del Cuestionario BFCP Internet para la Evaluación de Big-Five. *Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 13(2):15-30

Yárnoz-Yaben S, Comino P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. *Acción psicológica*, 8(2):67-85.

Armenti, NA, Snead, AL, Babcock, JC. (2018). Exploring the Moderating Role of Problematic Substance Use in the Relations Between Borderline and Antisocial Personality Features and Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 24(2):223-240.

Armenti, NA., Babcock, JC. (2018). Borderline Personality Features, Anger, and Intimate Partner Violence: An Experimental Manipulation of Rejection. *Journal of Interpersonal Violence*. sagepub. com/journals Permissions.nav.DOI:10.1177/0886260518771686. journals.sagepub.com/home/jiv:1–26

Barrat, ES. (2011). Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale, BIS-11).

Bennett L, Bland, P. (2008). Substance abuse and intimate partner violence. *VAWnet: National Online Resource Center on Violence Against Women*, 16: 115.

Birkley EL, Eckhardt CI. (2015). Anger, hostility, internalizing negative emotions, and intimate partner violence perpetration: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 37:40-56

Blair, RJR. (2018). Traits of empathy and anger: implications for psychopathy and other disorders associated with aggression. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 2018 Apr 19;373(1744), p 1-8

Bowlby J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *American Journal of Psychiatry*, 145(1):1-10.

Brem MJ, Florimbio AR, Elmquist J, Shorey RC, Stuart GL. (2018)Antisocial Traits, Distress Tolerance, and Alcohol Problems as Predictors of Intimate Partner Violence in Men Arrested for Domestic Violence. Psychol Violence, 8(1):132-139.

Carraud L, Jaffé PD, Sillitti-Dokic F. (2008). Attachement amoureux, agressivité émotionnelle et instrumentale chez des auteurs de violence conjugaleRomantic attachment, emotional and instrumental aggressiveness in batterers. Pratiques Psychologiques, (14(4):481-490

Catalan, Díaz A, Angosto V, Zamalloa I, Martínez N, Guede D, Aguirregomoscorta F, Bustamante S, Larrañaga L, Osa L, Maruottolo C, Fernández-Rivas A, Bilbao A, Gonzalez-Torres MA. (2018). Can childhood trauma influence facial emotion recognition independently from a diagnosis of severe mental disorder?. Revista de Psiquiatría y Salud Mental, ePub(ePub): ePub. https://www.safetylit.org/citations/index.php?fuseaction=citations.viewdetails&citationIds[]=citjournalarticle_600032_24

Chamberland C, Fortin A, Turgeon J, Laporte L. (2007).Men's Recognition of Violence Against Women and Spousal Abuse: Comparison of Three Groups of Men. Violence and Victims 22(4):419-36

Chase K. A., O'Leary K. D., & Heyman R. E. (2001). Categorizing partner-violent men within the reactiveproactive typology model. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69, 567–572

Chisholm CA, Bullock L, Ferguson JEJ. (2017). Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. American *Journal of Obstetrics and Gynecology*. 217(2):141-144.

Coid JW, Ullrich S, Bebbington P, Fazel S, Keers R. (2016). Paranoid Ideation and Violence: Meta-analysis of Individual Subject Data of 7 Population Surveys. Schizophr Bull. 42(4):907-15.

Corral C, Calvete E. (2014).Early Maladaptive Schemas and Personality Disorder Traits in Perpetrators of Intimate Partner Violence. Spanish Journal of Psychology. 17, e1, 1–10.

Costa, P., Mc Crae, R. (1991). Inventario de personalidad NEO revisado (NEO PI-R). Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI). TEA Ediciones SA.

Defining violence and typology of violence. (2002a). En World Report on violence and health. Geneva: WHO, p 5-6.

Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. J Interpers Violence. 21 (7): 955-68.

Ein-Dor T, Mikulincer M, Shaver, PR. (2011). Attachment insecurities and the processing of threat-related information: Studying the schemas involved in insecure people's coping strategies. Journal of Personality and Social Psychology. Vol. 101, no 1, p. 78.

Expósito, F., Moya, M., y Glick, P. (1998). (ASI) Sexismo ambivalente: medición y correlatos. Revista de Psicología Social, 13 (2), 159-169. file:///C:/Users/claud/Desktop/Investigación%20VIolencia/WHA.%20Declaración%20vil.Muj.%20Problema%20salud%20public.%201996.pdf

Finkel EJ. (2007). Impelling and Inhibiting Forces in the Perpetration of Intimate Partner Violence. Review of General Psychology. Vol. 11, No. 2, 193-207.

Fleming, PJ, McCleary-Sills, J, Morton, M, Levtov, R, Heilman, B, Barker, G. (2015). Risk Factors for Men's Lifetime Perpetration of Physical Violence against Intimate Partners: Results from the International Men and Gender Equality Survey (IMAGES) in Eight Countries. *PLoSONE*, 10(3):1-18.

Frederickson JJ, Irene Messina I, Grecucci A. (2018). Dysregulated Anxiety and Dysregulating Defenses: Toward an Emotion Regulation Informed Dynamic Psychotherapy. *Frontiers in Psychology*, 9: 2054.

Fulu E, Miedema S, Roselli T, McCook S, Chan K, Haardörfer R, Jewkes R. (2017). Pathways between childhood trauma, intimate partner violence, and harsh

parenting: findings from the UN Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. The Lancet, 5(5)512-522

Glick, P, Sakalli-Ugurlu, N, Ferreira, MC, de Souza, MA. (2002). Ambivalent sexism and attitudes toward wife abuse in Turkey and Brazil. *Journal of Interpersonal Violence*, 26:292-297.

González RA, Igoumenou A, Kallis C, Coid JW. (2016). Borderline personality disorder and violence in the UK population: categorical and dimensional trait assessment. *BMC Psychiatry*, 3(16):180.

Gratz, K. L. y Roemer, L., (2004). Scale DERS, Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26:41-54.

Gratz, KL, Roemer L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1):41-54.

Heise LL, Ellsberg M, Gottemoeller M. (1999). Ending violence against women. Johns Hopkins University School of Public Health. *Population Reports*, 27(4):1-44.

Hernández, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., Gutierrez-Zotes, J. A. (2013). Initial Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: Factor Structure, Reliability and Association With Parenting. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7):1498-1518.

Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, 19(2):139-156.

Hink AB, Toschlog E, Waibel B, Bard M. (2015). Risks go beyond the violence: Association between intimate partner violence, mental illness, and substance abuse among females admitted to a rural Level I trauma center. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 79 (5):709-716.

Iverson KM, McLaughlin KA, Adair KC, Monson CM. (2014). Anger-related dysregulation as a factor linking childhood physical abuse and interparental violence to intimate partner violence experiences. *Violence and Victims*, 29(4):564-78.

Jaffee SR. (2017). Child Maltreatment and Risk for Psychopathology in Childhood and Adulthoo. *Annual Review of Clinical Psychology*, 13:525-551.

Jarneckea,MA, Bardenb, E, Back, SE, Bradya, KT, Flanagana, JC. (2018). Intimate partner violence moderates the association between oxytocin and reactivity to dyadic conflict among couples. *Psychiatry Research*, 270:404-411.

Johnson R., Gilchrist E., Beech A. R., Weston S., Takriti R., & Freeman R. (2006). A psychometric typology of U.K. domestic violence offenders. Journal of Interpersonal Violence, 21, 1270–1285

Jonas S, Khalifeh H, Bebbington PE, McManus S, Brugha T, Meltzer H, Howard LM. (2014). Gender differences in intimate partner violence and psychiatric disorders in

England: results from the 2007 adult psychiatric morbidity survey *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 23(2):189-99.

Lawson DM, Brossart DF. (2013). Interpersonal Problems and Personality Features as Mediators Between Attachment and Intimate Partner Violence. Violence and Victims, 28(3), Violence and Victims, 28(3): 414-428

Leibovich de Figueroa N .B., Schmidt V., Gol S. (2001).State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI) and its use in different populations. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 11(1):55-74.

Lewis JB, Sullivan TP, Angley M, Callands T, Divney AA, Magriples U, Gordon DM, Kershaw TS. (2017). Psychological and relational correlates of intimate partner violence profiles among pregnant adolescent couples. *Aggressive Behavior*, 43(1):26-36.

Loinaz I, Echeburúa E. (2012). Apego adulto en agresores de pareja (Adult attachment in partner-violent men). *Acción Psicológica*, 9(1):33-46.

Machisa MT, Christofides N, Jewkes R. Structural Pathways between Child Abuse, Poor Mental Health Outcomes and Male Perpetrated Intimate Partner Violence (IPV). .PLoSONE,11(3):1-15.

Marshall DA, Holtzworth-Munroe A. (2010). Recognition of Wives' Emotional Expressions: A Mechanism in the Relationship Between Psychopathology and Intimate Partner Violence Perpetration. Journal of Family Psychology, 24(1): 21–30.

Mauricio AM., Tein JY, Lopez FG. (2007). Borderline and antisocial personality scores as mediators between attachment and intimate partner violence. Violence and Victims, 22(2):139–157

McHugh MC, Frieze IH. (2006). Intimate partner violence: new directions. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087:121-41.

Miguel-Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A., & Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de expresión de ira estado-rasgo (STAXI-2)*. Madrid: TEA Ediciones.

Montoya, E. R., Terburg, D., Bos, P. A., van Honk, J. (2012). Testosterone, cortisol, and serotonin as key regulators of social aggression: A review and theoretical perspective. *Motivation & Emotion*, 36:65–73.

Okano M, Langille J, Walsh Z. (2016). Psychopathy, alcohol use, and intimate partner violence: Evidence from two samples. *Law and Human Behavior*, 40(5):517-23.

Perepletchikova, F, Ansell, E, Axelrod, S. (2012). Borderline Personality Disorder Features and History of Childhood Maltreatment in Mothers Involved With Child Protective Services. *Child Maltreatment*, 17(2):182-190.

Ramírez, M, Gimenez Salinas, A y de Juan Espinosa, M. (2010). Evaluación del programa "Violencia de género: Programa de intervención para agresores", en medidas alternativas. Doi: 10.13140/RG.2.1.2626.9282.

Reingle, JM, Jennings WJ, Connell, NM, Businelle, MS, Chartier, K. (2014). On the Pervasiveness of Event-Specific Alcohol Use, General Substance Use, and

Mental Health Problems as Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(16):2951-2970.

Reinhard, DA., Konrath, SH, López, WD, Cameron, HG. (2012). Expensive egos: Narcissistic males have higher cortisol. *PLoS ONE*, 7(7):1-11.

Renzetti CM, Lynch, KR, DeWall, CN. (2018). Ambivalent Sexism, Alcohol Use, and Intimate Partner Violence Perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, 33(2):183-210.

Romero-Martínez A, González-Bono E, Lila M, Moya-Albiol L. (2013). Testosterone/cortisol ratio in response to acute stress: A possible marker of risk for marital violence. *Journal Social Neuroscience*, 8(3):240-247.

Romero-Martínez A, Lila M, Moya-Albiol L. (2016). The testosterone/cortisol ratio moderates the proneness to anger expression in antisocial and borderline intimate partner violence perpetrators. *The Journal of forensic Psychiatry & Psychology*, 27(1):135–144.

Romero-Martínez A, Moya-Albiol L. (2013). Neuropsychology of perpetrators of domestic violence: the role of traumatic brain injury and alcohol abuse and/or dependence. *Revista de Neurolgía*, 57 (11):515-522

Shah R, Von Mach T, Fedina L, Link B, DeVylder J. (2018). Intimate partner violence and psychotic experiences in four U.S. *Schizophrenia Research*, 195:506-512.

Soler J., Domínguez-Clavéa E., García-Rizo C, Vegac D, Elices M, Martín-Blanco A, Feliu-Soler A, Carmona C, Pascual JC. (2016). Validación de la versión española del McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental,* 9(4): 195-202.

Spielberger, Ch. (1991). State-Trait Anger Expression Inventory Manual. *Psychological Assessmante Resources*. Florida: Odessa.

Stanford M, Mathias C, Dougherty D, Lake S, Anderson N, Patton J. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and Individual Differences*, 47: 385-95.

Stewart DE, Vigod SN, Riazantseva E. (2016). New Developments in Intimate Partner Violence and Management of Its Mental Health Sequelae. *Current Psychiatry Reports*. 18(1):1-7.

Stewart, ED, Vigod, SN. (2017). Mental Health Aspects of Intimate Partner Violence. *Psychiatric Clinics of North America*, 40(2):321-334.

Swanberg JE, Logan T, Macke C. (2005). Intimate partner violence, employment, and the workplace: consequences and future directions. *Trauma Violence Abuse*, 6(4):286-312.

Tager D, Good, GE, Brammer, S. (2010). “Walking over 'em”: An exploration of relations between emotion dysregulation, masculine norms, and intimate partner abuse in a clinical sample of men. *Psychology of Men & Masculinity*, 11(3):233-239.

Tharp AT, Schumacher JA, McLeish AC, Samper RE, Coffey SF. (2012). Relative Importance of Emotional Dysregulation, Hostility, and Impulsiveness in Predicting Intimate Partner Violence Perpetrated by Men in Alcohol Treatment. *Psychology of Women Quarterly*, 37(1):51-60.

Theobald D, Farrington DP, Coid JW, Piquero AR. (2015). Are Male Perpetrators of Intimate Partner Violence Different From Convicted Violent Offenders? Examination of Psychopathic Traits and Life Success in Males From a Community Survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 31(9):1687–1718.

United Nations General Assembly. (1993). Declaration on the elimination of violence against women. Proceedings of the 85th Plenary Meeting. Geneva. http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm

Velotti P, Beomonte Zobel S, Rogier G, Tambelli R. (2018). Exploring Relationships: A Systematic Review on Intimate Partner Violence and Attachment. *Frontiers in Psychology*, 9:(1166): 1-42.

Organización Mundial de la Salud. OMS (1997). Violence against women: a priority health issue. En: *World Report on violence and health*. Ginebra: WHO, paginas 6-7. Recuperado en https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction

Organización Mundial de la Salud. OMS (1997). Violence by intimate partners. (2002b). En: *World Report on violence and health*. Geneva: WHO, paginas 89-121. Recuperado en https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/introduction.

Vitoria-Estruch S, Romero-Martínez A, Lila M, Moya-Albiol L. (2018). Differential cognitive profiles of intimate partner violence perpetrators based on alcohol consumption. *Alcohol*, 70:61-71.

Vitoria-Estruch S, Romero-Martínez A, 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*, 3;15(12).

World Health Assembly (WHA). (1996). Prevention of violence: a public health priority (handbook of resolution). Sixth plenary meeting, Committee B fourth report. 3rd ed. Recuperado en https://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_eng.pdf

YÁRNOZ-Yaben S, COMINO P. (2011) Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos / Assessment of adult attachment: analysis of the convergence between different instruments. *Acción psicológica*, 8(2):67-85.

Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J., (2003). A screening measure for BPD: The McLean screening

instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *Journal of personality disorders*, 17(6):568-573.

Zerubavel, N, Messman-Moore, TL, DiLillo, D, Gratz KL. (2012). Childhood Sexual Abuse and Fear of Abandonment Moderate the Relation of Intimate Partner Violence to Severity of Dissociation. *Journal of Trauma & Dissociation*, 19(1):9-24.

Zhang L1, Kerich M, Schwandt ML, Rawlings RR, McKellar JD, Momenan R, Hommer DW, George DT. (2013). Smaller right amygdala in Caucasian alcohol-dependent male patients with a history of intimate partner violence: a volumetric imaging study. *Addiction Biology*, 18(3):537-47

ANEXO I. BATERÍA DE TESTS UTILIZADA EN LA INVESTIGACIÓN y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La información contenida en este cuadernillo es para el uso exclusivo de la/s persona/s mencionadas como destinataria/s. Este documento y los archivos adjuntos, en su caso, contienen información confidencial y/o protegida legalmente por leyes de propiedad intelectual o por otras leyes. Así mismo, le informamos de que ninguna parte de este documento podrá ser reproducida, ni introducida en ningún sistema de recuperación, ni transmitida de ninguna forma, ni por ningún medio, electrónico, mecánico por fotocopia, grabación o de otro tipo, con ningún propósito, sin la autorización por escrito del titular de este documento.

Se solicita su consentimiento para la utilización de sus datos para el desarrollo de este proyecto. Tanto los datos personales (edad, sexo, etc.), como los datos clínicos para la investigación, se recogerán empleando un procedimiento de codificación. A esta información únicamente tiene acceso el equipo de investigación de la Asociación Amikeco y el personal que interviene en el proyecto. **En ningún caso será posible identificarle**, garantizándole la confidencialidad de la información obtenida, en cumplimiento de la legislación vigente.

Se garantiza que los datos personales serán tratados y custodiados respetando su intimidad, según la Ley orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos de carácter personal. Sobre ellos le asisten derechos de acceso, rectificación y cancelación.

Se le garantiza que sus datos no serán cedidos ni utilizados para otros fines sin su consentimiento expreso.

Los datos obtenidos en este estudio serán utilizados para el desarrollo de un proyecto en el que se vincularán algunas características de personalidad con variables que pueden afectar a las relaciones interpersonales, en especial en lo referido a la desregulación emocional, y que servirán para el mejoramiento de los tratamientos implementados en nuestra asociación.

He leído y conozco el contenido del presente documento y por ello, firmo de forma voluntaria este consentimiento informado para participar en este estudio.

A.....de.....del.....

CÓDIGO (a rellenar por la Asociación): ……..

FECHA DE NACIMIENTO:

EDAD:

PAÍS DE ORIGEN:

OCUPACIÓN:

ESTADO CIVIL:

HIJOS:

NÚMERO DE PAREJAS ESTABLES (referir el número de la actual):

RELIGIÓN: PRACTICANTE ☐ PRACTICANTE AGI☐TICO ATEO ☐ ☐

ESTUDIOS TERMINADOS:

HISTORIA CLÍNICA (enfermedades; Tto. Psicológico; Tto. Psiquiatrico; Medicación; etc..):

CONSUMOS (alcohol, drogas, sexo, etc..):

LUGAR QUE OCUPA EN LA FRATRIA (hermanos):

AB- Por favor**, rodee con un círculo número del párrafo que mejor se adecue** a su forma de relacionarse a afectivamente de entre los cuatro siguientes:

Me resulta fácil acercarme emocionalmente a los demás. Me siento cómodo tanto en las situaciones en que tengo que confiar con los demás como en aquellas en que otros han depositado su confianza en mí. El hecho de estar sólo/a o de que los demás no me acepten no me trastorna.	1
Me siento bien cuando no tengo una relación afectiva. Es muy importante para mí sentirme independiente, y autosuficiente, y prefiero no depender de otros o que otros dependan de mi.	2
Quiero establecer un mayor grado de intimidad afectiva con los demás, pero a menudo encuentro que los demás marcan más distancias de lo que a mí me gustaría. Me siento perdido/a cuando no estoy en una relación afectiva, pero a veces me altera que los demás no me valoren tanto como yo les valoro a ellos.	3
Me siento mal cuando me acerco emocionalmente a los otros. Quiero mantener relaciones afectivas, pero encuentro difícil confiar totalmente, o depender de los demás. Me preocupa que pueda sufrir si no guardo las distancias con los demás	4

MSI- Responde 1 (SI) o 2 (NO) a las siguientes preguntas: Durante este último año:

1. ¿Alguna de tus relaciones personales más cercanas se ha visto en problemas debido a múltiples discusiones o rupturas frecuentes?	1 (SI)	2 (NO)
2. ¿Has tratado intencionadamente de hacerte daño físico (quemarte, cortarte, pegarte)? ¿Has realizado alguna tentativa de suicidio?	1 (SI)	2 (NO)
3. ¿Has tenido al menos otros dos de los siguientes problemas de impulsividad; atracones frecuentes, gastos desproporcionados, abuso de alcohol, episodios de agresividad verbal?	1 (SI)	2 (NO)
4. ¿Te has sentido extremadamente malhumorado?	1 (SI)	2 (NO)
5. ¿Te has sentido o te sientes enfadado la mayor parte del tiempo? ¿Has actuado frecuentemente de manera furiosa o sarcástica?	1 (SI)	2 (NO)
6. ¿A menudo has sentido desconfianza de la gente?	1 (SI)	2 (NO)
7. ¿Te has sentido frecuentemente tú mismo como irreal o como si las cosas que te rodean no fuesen reales?	1 (SI)	2 (NO)
8. ¿Te has sentido o te sientes vacío de forma crónica?	1 (SI)	2 (NO)
9. ¿Te has sentido a menudo con la sensación de no saber quién eres o que no tienes identidad propia?	1 (SI)	2 (NO)
10. ¿Has hecho esfuerzos desesperados para evitar sentirte abandonado o ser abandonado, como por ejemplo: llamar repetidamente a una persona para que te confirme que está preocupada por ti, suplicarle que no te deje, agarrarte físicamente?	1 (SI)	2 (NO)

AP- Las siguientes frases se refieren a cómo se siente usted en la **relación de pareja.**
Responda a cada frase indicando en qué grado está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas según el siguiente criterio:

Totalmente en desacuerdo **(1)**	Bastante en desacuerdo **(2)**	Un poco en desacuerdo **(3)**	Ni de acuerdo ni en desacuerdo **(4)**	Un poco de acuerdo **(5)**	Bastante de acuerdo **(6)**	Totalmente de acuerdo **(7)**

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**
1. Prefiero no mostrar a mi pareja como me siento por dentro.							
2. Me preocupa que me abandonen.							
3. Me siento muy cómodo/a teniendo un alto grado de intimidad con mi pareja.							
4. Me preocupo mucho por mis relaciones.							
5. Cuando mi pareja comienza a establecer mayor intimidad conmigo, me doy cuenta de que me suelo cerrar.							
6. Me siento violento/a cuando mi pareja quiere demasiada intimidad afectiva.							
7. Me preocupa bastante el hecho de perder a mi pareja.							
8. Me preocupa que mi pareja no se interese por mí tanto como me intereso yo por ella.							
9. No me siento cómodo/a abriéndome a mi pareja.							
10. A menudo deseo que los sentimientos de mi pareja hacia mi fueran tan fuertes como mis sentimientos hacia él/ella.							
11. Quiero acercarme afectivamente a mí pareja, pero a la vez, marco las distancias con él/ella.							
12. A menudo quiero fusionarme completamente con mi pareja, pero me doy cuenta de que esto a veces le asusta.							
13. Me pongo nervioso/a cuando mi pareja consigue demasiada intimidad afectiva conmigo.							
14. Me preocupa estar sólo/a.							
15. Me siento a gusto compartiendo mis sentimientos y pensamientos íntimos con mi pareja.							
16. A veces mi deseo de demasiada intimidad asusta a la gente							

17. Intento evitar establecer un grado de intimidad muy elevado con mi pareja.							
18. Necesito que mi pareja me confirme constantemente que me ama.							
19. Encuentro relativamente fácil establecer intimidad afectiva con mi pareja.							
20. A veces siento que presiono a mi pareja para que muestre más sentimientos, más compromiso.							
21. Encuentro difícil permitirme depender de mi pareja.							
22. No me preocupa a menudo la idea de ser abandonado/a.							
23. Prefiero no tener demasiada intimidad afectiva con mi pareja.							
24. Si no puedo hacer que mi pareja muestre interés por mí, me siento a disgusto o me enfado.							
25. Se lo cuento todo a mi pareja.							
26. Creo que mi pareja no quiere tener tanta intimidad afectiva conmigo como a mí me gustaría.							
27. Normalmente discuto mis problemas y preocupaciones con mi pareja.							
28. Cuando no tengo una relación, me siento un poco ansioso e inseguro.							
29. Me siento bien dependiendo de mi pareja.							
30. Me siento frustrado/a cuando mi pareja no me hace tanto caso como a mí me gustaría.							
31. No me importa pedirle a mi pareja consuelo, consejo o ayuda.							
32. Me siento frustrado/a si mi pareja no está disponible cuando la necesito.							
33. Ayuda mucho recurrir a la pareja en épocas de crisis.							
34. Cuando mi pareja me critica, me siento muy mal.							
35. Recurro a mi pareja para muchas cosas, entre otras, consuelo y tranquilidad							
36. Me tomo mal que mi pareja pase tiempo lejos de mí.							

BIS- **Responda rápidamente.**

Raramente o nunca (0)	**Ocasionalmente (1)**	**A menudo (3)**	**Siempre o Casi siempre (4)**

	0	**1**	**3**	**4**
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a por largos períodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar por mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo por largos períodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia, no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				

21. Compro cosas impulsivamente					
22. Yo termino lo que empiezo					
23. Camino y me muevo con rapidez					
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas tratando una posible solución y viendo si funciona)					
25. Gasto efectivo o en crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)					
26. Hablo rápido					
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)					
28. Me interesa más el presente que el futuro					
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar por un largo período de tiempo)					
30. Planifico para el futuro (me interesa más el futuro que el presente)					

DERS

Casi nunca (1)	**Algunas veces (2)**	**La Mitad de las Veces (3)**	**La Mayoría de las Veces (4)**	**Casi Siempre (5)**

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Percibo con claridad mis sentimientos.					
2. Presto atención a cómo me siento.					
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.					
4. No tengo ni idea de cómo me siento.					
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.					

6. Estoy atento a mis sentimientos.					
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo.					
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.					
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.					
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.					
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme así.					
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.					
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.					
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.					
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.					
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.					
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.					
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.					
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera débil.					
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme así.					
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.					
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.					
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme así.					
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.					
25. Cuando me encuentro mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.					

26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.					
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.					
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.					

NEO- **Debe indicar su grado de acuerdo según el siguiente código:**

Total desacuerdo (01)	**Desacuerdo. (02)**	**Neutral. (03)**	**De acuerdo. (04)**	**Totalmente de acuerdo. (05)**

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. A menudo me siento inferior a los demás.					
2. Soy una persona alegre y animosa.					
3. A veces, cuando leo una poesía o contemplo una obra de arte, siento profunda emoción o excitación.					
4. Tiendo a pensar lo mejor de la gente.					
5. Parece que nunca soy capaz de organizarme.					
6. Rara vez me siento con miedo o ansioso.					
7. Disfruto mucho hablando con la gente.					
8. La poesía tiene poco o ningún efecto sobre mí.					
9. A veces intimido o adulo a la gente para que haga lo que yo quiero.					
10. Tengo unos objetivos claros y me esfuerzo por alcanzarlos de forma ordenada.					
11. A veces me vienen a la mente pensamientos aterradores.					
12. Disfruto en las fiestas en las que hay mucha gente.					
13. Tengo gran variedad de intereses intelectuales.					
14. A veces consigo con artimañas que la gente haga lo que yo quiero.					
15. Trabajo mucho para conseguir mis metas.					

16. A veces me parece que no valgo absolutamente nada.					
17. No me considero especialmente alegre.					
18. Me despiertan la curiosidad las formas que encuentro en el arte y la naturaleza.					
19. Si alguien empieza a pelearse conmigo, yo también estoy dispuesto a pelear.					
20. Tengo mucha auto-disciplina.					
21. A veces las cosas me parecen demasiado sombrías y sin esperanza.					
22. Me gusta tener mucha gente alrededor.					
23. Encuentro aburridas las discusiones filosóficas.					
24. Cuando me han ofendido, lo que intento es perdonar y olvidar.					
25. Antes de emprender una acción, siempre considero sus consecuencias.					
26. Cuando estoy bajo un fuerte estrés, a veces siento que me voy a desmoronar.					
27. No soy tan vivo ni tan animado como otras personas.					
28. Tengo mucha fantasía.					
29. Mi primera reacción es confiar en la gente.					
30. Trato de hacer mis tareas con cuidado, para que no haya que hacerlas otra vez.					
31. A menudo me siento tenso e inquieto.					
32. Soy una persona muy activa.					
33. Me gusta concentrarme en un ensueño o fantasía y, dejándolo crecer y desarrollarse, explorar todas sus posibilidades.					
34. Algunas personas piensan de mí que soy frío y calculador.					
35. Me esfuerzo por llegar a la perfección en todo lo que hago.					
36. A veces me he sentido amargado y resentido.					
37. En reuniones, por lo general prefiero que hablen otros.					
38. Tengo poco interés en andar pensando sobre la naturaleza del universo o de la condición humana.					

39. Tengo mucha fe en la naturaleza humana.					
40. Soy eficiente y eficaz en mi trabajo.					
41. Soy bastante estable emocionalmente.					
42. Huyo de las multitudes.					
43. A veces pierdo el interés cuando la gente habla de cuestiones muy abstractas y teóricas.					
44. Trato de ser humilde.					
45. Soy una persona productiva, que siempre termina su trabajo.					
46. Rara vez estoy triste o deprimido.					
47. A veces reboso felicidad.					
48. Experimento una gran variedad de emociones o sentimientos.					
49. Creo que la mayoría de la gente con la que trato es honrada y fidedigna.					
50. En ocasiones primero actúo y luego pienso.					
51. A veces hago las cosas impulsivamente y luego me arrepiento.					
52. Me gusta estar donde está la acción.					
53. Con frecuencia pruebo comidas nuevas o de otros países.					
54. Puedo ser sarcástico y mordaz si es necesario.					
55. Hay tantas pequeñas cosas que hacer que a veces lo que hago es no atender a ninguna.					
56. Es difícil que yo pierda los estribos.					
57. No me gusta mucho charlar con la gente.					
58. Rara vez experimento emociones fuertes.					
59. Los mendigos no me inspiran simpatía.					
60. Muchas veces no preparo de antemano lo que tengo que hacer.					

ST- Responde a las siguientes preguntas **según cómo te sientes en este momento** utilizando la siguiente escala.

Para Nada (01)	**Algo (02)**	**Moderadamente (03)**	**Mucho (04)**			
			1	**2**	**3**	**4**
1. Quiero romper algo						
2. Tengo ganas de pegarle a alguien						
3. Le pegaría a alguien si pudiera						
4. Me gustaría echarle bronca a alguien						
5. Le tiraría algo a alguien						
6. Me dan ganas de gritarle cosas a alguien						
7. Me dan ganas de maldecir a gritos						
8. Daría puñetazos a la pared						
9. Me dan ganas de gritar						
10. Me gustaría decir groserías						
11. Me siento enojado						
12. Me siento irritado						
13. Estoy furioso						
14. Estoy enojado						
15. Estoy ardiendo de enojo						

Para Nada (01)	Algo (02)	Moderadamente (03)	Mucho (04)			
Responde a las siguientes preguntas según como te sientes regularmente o la mayor parte del tiempo			**1**	**2**	**3**	**4**
16. Me enojo con facilidad						
17. Tengo un carácter irritable						
18. Soy una persona enojona						
19. Me enojo rápidamente						
20. Tiendo a perder el control de mi persona						
21. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco						
22. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen						
23. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás						
24. Me enojo cuando se me trata injustamente						
Responde a las siguientes preguntas según cómo te comportas y cómo reaccionas cuando estás enojado						
25. Me enojo si no me salen las cosas como lo tenía previsto						
26. Controlo mi comportamiento						
27. Puedo controlarme						
28. Mantengo la calma						
29. Controlo mi temperamento						
30. Controlo mis sentimientos de enojo						
31. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira						
32. Hago algo tranquilo para calmarme						
33. Intento distraerme para que se me pase el enojo						
34. Pienso en algo agradable para tranquilizarme						

35. Hago cosas para controlarme como contar hasta diez						
36. Trato de relajarme						
Para Nada (01)	**Algo (02)**	**Moderadamente (03)**	**Mucho (04)**			
			1	**2**	**3**	**4**
37. Respiro profundamente y me relajo						
38. Discuto con los demás						
39. Expreso mi ira						
40. Hago comentarios que molestan a los demás						
41. Digo groserías						
42. Pierdo la paciencia						
43. Hago cosas como dar portazos						
44. Ardo de enojo por dentro, aunque no lo demuestre						
45. Tiendo a tener rencores que no le digo a nadie						
46. Me guardo para mí lo que siento						
47. Estoy más enojado de lo que quiero aceptar						
48. Me irrito más de lo que la gente cree						
49. Evito enfrentamientos con aquello que me enoja						

AS- Presentamos una serie de frases **sobre los hombres y las mujeres y sobre la relación entre ellos en nuestra sociedad actual.** Por favor exprese su acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones. El número **"O"** significa **"totalmente en desacuerdo**" y el número **5 "totalmente de acuerdo**.

	En desacuerdo – Totalmente de acuerdo				
1. Aún cuando un hombre logre muchas cosas en su vida, nunca podrá sentirse verdaderamente completo a menos que tenga el amor de una mujer	1	2	3	4	5
2. Con el pretexto de pedir "igualdad", muchas mujeres buscan privilegios especiales, tales como condiciones de trabajo que las favorezcan a ellas sobre los hombres.					
3. En caso de una catástrofe, las mujeres deben ser rescatadas antes que los hombres					
4. La mayoría de las mujeres interpreta comentarios o conductas inocentes como sexistas, es decir, como expresiones de prejuicio o discriminación en contra de ellas					
5. Las mujeres se ofenden muy fácilmente					
6. Las personas no pueden ser verdaderamente felices en sus vidas a menos que tengan pareja del otro sexo					
7. En el fondo, las mujeres feministas pretenden que la mujer tenga más poder que el hombre					
8. Muchas mujeres se caracterizan por una pureza que pocos hombres poseen					
9. Las mujeres deben ser queridas y protegidas por los hombres.					
10. La mayoría de las mujeres no aprecian completamente todo lo que los hombres hacen por ellas					
11. Las mujeres intentan ganar poder controlando a los hombres					
12. Todo hombre debe tener a una mujer a quien amar					
13. El hombre está incompleto sin la mujer					
14. Las mujeres exageran los problemas que tienen en el trabajo					
15. Una vez que una mujer logra que un hombre se comprometa con ella, por lo general intenta controlarlo					

estrechamente					
16. Cuando las mujeres son vencidas por los hombres en una competencia justa, generalmente ellas se quejan de haber sido discriminadas					
17. Una buena mujer debería ser puesta en un pedestal por su hombre					
18. Existen muchas mujeres que para burlarse de los hombres, primero se insinúan sexualmente a ellos y luego rechazan los avances de éstos					
19. Las mujeres, en comparación con los hombres, tienden a tener una mayor sensibilidad moral					
20. Los hombres deberían estar dispuestos a sacrificar su propio bienestar con el fin de proveer seguridad económica a las mujeres					
21. Las mujeres feministas están haciendo demandas completamente irracionales a los hombres					
22. Las mujeres, en comparación con los hombres, tienden a tener un sentido más refinado de la cultura y el buen gusto.					

lCTQ- **Antes de los 17años...**

Nunca (1)	**Raramente (2)**	**A veces (3)**	**A menudo (4)**	**Con mucha frecuencia (5)**

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. No tuve suficiente para comer					
2. Supe que había alguien que me cuidaría y me protegería					
3. Mis familiares me llamaban cosas tales como "estúpido", “perezoso” o “feo”.					
4. Mis padres estaban demasiado bebidos o drogados como para cuidar de la familia					

5. Alguien en mi familia que me ayudó a sentir que era importante o especial					
6. Tuve que llevar ropa sucia					
7. Me sentí amado					
8. Pensé que mis padres deseaban que yo nunca hubiera nacido					
9. Fui golpeado por alguien de mi familia con tal dureza que tuve que ir al médico o al hospital					
10. Alguien de mi familia me pegaba con tal dureza que me dejaban moratones o marcas					
11. Me castigaban con un cinturón, una tabla, una cuerda o algún otro objeto duro					
12. La gente de mi familia cuidaban los unos de los otros					
13. Alguien de mi familia me dijeron cosas hirientes o insultantes					
14. Creo que sufrí maltrato físico					
15. Fui golpeado tan gravemente, que alguien como un maestro, vecino o el médico lo notó.					
16. Sentía que alguien de mi familia me odiaba					
17. Mis familiares se sentían unidos los unos a los otros					
18. Alguien intentó tocarme de un modo sexual o intentaron que yo les tocara					

CTQ- **Antes de los 17 años...**

Nunca (01)	**Raramente (02)**	**A veces (03)**	**A menudo (04)**	**Con mucha frecuencia (05)**

	1	**2**	**3**	**4**	**5**
19. Alguien me amenazó con hacerme darlo o decir mentiras sobre mí si no hacia algo sexual con ellos					
20. Alguien intentó que yo hiciera u observara cosas sexuales					
21. Alguien abusó de mi					
22. Creo que sufrí maltrato emocional					
23. Hubo alguien que me llevaba al médico si lo necesitaba					
24. Creo que sufrí abusos sexuales					
25. Mi familia era una fuente de fortaleza y apoyo					