

Revisión

Las actitudes amorosas y la satisfacción en la pareja como factores intervinientes en la relación entre la violencia y las consecuencias en la salud de las mujeres



Marisol Díaz, Ana Estévez*, Janire Momeñe y Leticia Linares

Universidad de Deusto, Bilbao, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de julio de 2017

Aceptado el 2 de enero de 2018

On-line el 13 de febrero de 2018

Palabras clave:

Actitudes amorosas

Satisfacción

Violencia

Salud

R E S U M E N

La violencia sufrida por las mujeres tiene importantes consecuencias en la salud y supone un patrón de comportamiento que se expresa, entre otros, a través de la satisfacción en la pareja o el tipo de amor en la relación. Como consecuencia, los objetivos del estudio han sido analizar la relación entre la violencia, las actitudes amorosas, la satisfacción de la relación y la salud, y estudiar el papel mediador de las actitudes amorosas en la relación entre la violencia y la salud percibida en la mujer. La muestra estuvo conformada por 250 mujeres residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco. La edad media fue de 58.66 años ($dt = 10.46$). Los resultados mostraron que la salud general muestra una relación positiva con la negociación emocional y cognitiva, y negativa con el abuso psicológico severo y con las actitudes amorosas Ludus y Storge. La satisfacción marital mostró una correlación positiva con la negociación emocional y con el estilo de amor Ludus y una correlación negativa con Eros y Ágape. A su vez, el abuso psicológico se ha relacionado en sentido negativo con el rol físico y el rol emocional. Las actitudes amorosas mostraron un papel mediador en la relación entre el abuso, la satisfacción marital y la salud de las mujeres.

© 2018 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Love attitudes and partner satisfaction as intervening factors affecting the relationship between violence and perceived health consequences in women

A B S T R A C T

Violence suffered by women has important consequences in health and is a pattern of behavior expressed, among others, through the satisfaction of the couple or the type of love in the relationship. Thus, the objectives of the study are to analyze the relationship between violence, love attitudes, relationship satisfaction and health and to study the mediating role of loving attitudes in the relationship between violence and perceived health in women. The sample consisted of 250 women residing in the Basque Country. The mean age was 58.66 years ($SD = 10.46$). The results showed that general health shows a positive relationship with emotional and cognitive negotiation, and a negative relationship with severe psychological abuse and with Ludus and Storge's loving attitudes. Marital satisfaction was positively related to emotional negotiation and the Ludus love style and negatively related with Eros and Agape. Psychological abuse has been negatively related to the physical role and emotional role. The attitudes of love showed a mediating role in the relationship between abuse, marital satisfaction and women's health.

© 2018 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Keywords:

Love attitudes

Satisfaction

Violence

Health

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aestevez@deusto.es (A. Estévez).

La violencia sufrida por parte de las mujeres en el ámbito de las relaciones de pareja constituye uno de los problemas sociales más importantes, debido a su alta incidencia y gravedad de las consecuencias negativas a nivel físico y emocional (Domínguez, García y Cuberos, 2008), con consecuencias en la salud general y en el bienestar (Amor, Bohórquez y Echeburúa, 2006). Estas repercusiones derivadas del maltrato pueden ser inmediatas o latentes y perdurar en el tiempo (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2003), suponiendo una gran interferencia en el funcionamiento cotidiano e inadaptación de la vida diaria (Paz, Labrador, Arinero y Crespo, 2004). Algunas de las consecuencias negativas en la salud de las mujeres maltratadas son los trastornos gastrointestinales y ginecológicos (Plazaola-Castaño y Ruiz, 2004), insomnio, menor autoestima (Matud, 2004), cambios en el estado de ánimo (Sanz-Barbero, Rey y Otero-García, 2014), dolor crónico (Coker, Smith, Bethea, King y McKeown, 2000) y sensación de fatiga crónica (Amor et al., 2006), entre otros.

La violencia contra la mujer en las relaciones de pareja puede adoptar y manifestarse mediante tres formas diferentes: psicológica, física y sexual (Oram, Trevillion, Feder y Howard, 2013). Por un lado, la violencia física se entiende como la violencia que produce daño corporal o lesiones mediante golpes de diversa intensidad efectuados con las manos o instrumentos (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004) y podría expresarse a través de conductas como puñetazos, golpes, patadas, intentos de estrangulamiento (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 2001), entre otras. Por otro lado, el abuso psicológico podría entenderse como agresiones verbales y emocionales y podría manifestarse a través de la hostilidad, reproches, insultos, amenazas, desvalorizaciones, conductas de aislamiento y dominación (Almendros, Gámez-Guadix, Carrolles, Rodríguez-Carballeira y Porrúa, 2009), entre otras. Finalmente, la violencia sexual hace referencia a relaciones sexuales forzadas, exposición a actividades sexuales indeseadas y el uso del sexo como forma de presión o manipulación (Rey, 2008).

La violencia más empleada en las relaciones de pareja es el maltrato psicológico (Pazos, Oliva y Hernando, 2014), siendo previa al maltrato físico (Aiquipa, 2015). La violencia suele iniciarse de manera temprana, llegando a cronificarse (Menéndez, Pérez y Lorence, 2013) y manifestándose a medida que aumenta el compromiso en la relación (González y Santana, 2001). En este sentido, los episodios violentos no suelen ser aislados, sino que suponen un patrón de comportamiento dentro de la relación (Deza, 2012).

Existen numerosos elementos explicativos de la violencia en el ámbito de las relaciones de pareja, siendo algunos de los más relevantes los relacionados con las variables referentes al estilo relacional tales como el grado de armonía general, satisfacción con la relación, cohesión entre la pareja y capacidad de expresar afecto y de llegar a un acuerdo mutuo en temas importantes (Cáceres y Cáceres, 2005). Son muchos los estudios que señalan cómo la presencia de comportamientos violentos dentro de las relaciones de pareja predicen altos niveles de insatisfacción en la relación, desarmonía y disminución de la calidad marital (Davins, Bartolomé, Salamero y Pérez-Testor, 2010). La satisfacción marital se vincula a aspectos como intimidad, cuidado, pasión, satisfacción y apoyo, y determina el buen o mal funcionamiento de la relación (Solares, Benavides, Peña, Rangel y Ortiz, 2011), por lo que sufrir abusos supone una experiencia traumática que daña la posibilidad de percibir de modo satisfactorio las relaciones de pareja, afectando a las dimensiones que componen el ajuste diádico (Davins et al., 2010).

La permanencia en relaciones violentas se ha vinculado con aspectos emocionales tales como sentimientos de amor y atracción por la persona agresora (Puente-Martínez, Ubillos-Landa,

Echeburúa y Páez-Rovira, 2016), así como con la forma que tienen de concebir el amor (Deza, 2012). Las mujeres maltratadas, paradójicamente, desarrollan un vínculo afectivo gradualmente más fuerte con la persona agresora (Montero, 2001) y reportan sentir más amor pasional que aquellas que nunca han sufrido maltrato (Kú y Sánchez, 2006). El concepto o modelo de amor romántico y los mitos asociados a él puede tener un papel crucial tanto en el origen como en el mantenimiento de la violencia (Ferrer, Bosch, Navarro, Ramis y García, 2008). La visión romántica del amor lleva consigo el establecimiento de relaciones de pareja desde el control (González y Santana, 2001), los celos y otras formas de coerción de la libertad de la mujer (Galicia, Sánchez y Robles, 2013) interpretadas y justificadas en muchas ocasiones como muestras de amor (González y Santana, 2001). Es así como las mujeres que buscan el amor romántico con la intención de dar sentido a su vida tienen una alta probabilidad de sufrir violencia (Sanpedro, 2004).

Para autores como Erich Fromm (1980), el amor no es solo una relación con una persona concreta, es también una actitud. En ese sentido también razonan autores como Lee (1976), que propuso una tipología de seis estilos de amor: Eros o amor pasional, Ludus o amor lúdico, Storge o amor amistoso, Manía o amor obsesivo, Pragma o amor pragmático y Ágape o amor altruista. Cada estilo de amor establece una forma de interactuar (Hendrick y Hendrick, 1986), comportarse y percibir la relación de pareja (Solares et al., 2011). En este sentido, el estilo de amor Manía muestra un amor posesivo y dependiente; Ágape se entrega desinteresadamente, anteponiendo las necesidades del otro a las propias; Ludus presenta poca implicación emocional, siendo ausentes las expectativas futuras y conceptualizando la relación como un juego; Eros se caracteriza por una pasión irresistible, sentimientos intensos y en el cual se lleva a cabo una comunicación abierta; Pragma se basa en la búsqueda de la pareja ideal de acuerdo a ciertas características, y Storge busca el compromiso a largo plazo, compañerismo y confianza (Brenlla, Brizzio y Carreras, 2004; Ubillos et al., 2001).

Estudios que han relacionado los estilos de amor con la violencia en las relaciones de pareja señalan el estilo de amor Manía tanto en hombres como en mujeres (Kú y Sánchez, 2006) y el estilo de amor Ludus en los hombres como predictores de la agresión en la pareja, así como el estilo de amor Ágape en las mujeres como predictor tanto de ejercer como de recibir agresiones (Galicia et al., 2013). Así, el estilo de amor Eros o amor romántico es el mejor predictor de la satisfacción marital, mientras que los estilos de amor Pragma y Manía se han relacionado con bajos niveles de satisfacción marital. Esto puede deberse a expectativas incumplidas de convertirse en el centro del universo del otro que acarrear sufrimiento e insatisfacción (Arias-Galicia, 2003). Del mismo modo, se han llevado a cabo estudios que relacionan los estilos de amor con el estado de salud general, siendo el estilo de amor Manía u obsesivo el que reporta problemas de alimentación, insomnio y depresión (Chung, Farmer, Grant, Newton, Payne, Perry y Stone, 2002).

Como consecuencia de todo lo anteriormente expuesto, los objetivos del presente estudio son, en primer lugar, estudiar la cronicidad de actos violentos recibidos. En segundo lugar, estudiar la relación entre la violencia, las actitudes amorosas, la satisfacción de la relación y la salud. Y en tercer lugar, estudiar el papel de las actitudes amorosas en la relación entre la violencia y la salud percibida en la mujer. Se espera que el abuso psicológico sea el tipo de violencia más empleada, seguido del abuso físico y la coerción sexual. También se espera que exista relación entre la violencia en la pareja y las actitudes amorosas, así como una disminución de la satisfacción de la relación y de la salud en parejas violentas. También que las actitudes amorosas mediarán en la relación entre la violencia y la salud percibida.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos de las variables analizadas

	M	DT	Asimetría	Mín.	Máx.
Duración noviazgo, años	4.12	2.73	1.08	0	14
Años convivencia	27.45	13.88	0	0	56
Duración relación, años	30.95	13.53	0	2	61

Método

Participantes

Se repartieron 1,100 cuestionarios, pero finalmente fueron completados 250 por mujeres residentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco. La edad de las participantes fue de entre 30 y 84 años, con una media de 58.66 años ($dt = 10.46$). En función del grupo de edad, se dividieron los siguientes grupos: de 45 o menos años el 8.84%; entre 46 y 55 años el 32.53%; entre 56 y 65 años el 31.33%; entre 66 y 75 años el 17.67%, y de más de 76 años el 6.02%. Los resultados respecto al estado civil reflejan que la muestra de mujeres de la Comunidad Autónoma del País Vasco son en su mayoría casadas ($n = 155$, 62%), seguidas por solteras ($n = 29$, 11.6%); viudas ($n = 24$, 9.6%); divorciadas ($n = 17$, 6.8%); parejas de hecho y las separadas con el mismo número de mujeres ($n = 9$, 3.6%), y, por último, las mujeres sin pareja ($n = 7$, 2.8%).

La mayor parte de la muestra estudiada tiene estudios universitarios o de formación profesional (entre ambos suman el 58.8%), estando el resto de la muestra repartido entre aquellas mujeres con estudios secundarios (16%) y primarios (20.8%); solo hay una mujer que no tuviera estudios.

En relación con los datos relativos a las parejas, en la [Tabla 1](#) se muestra la información de los datos relativos a la duración en el noviazgo, etc.

Del total de las participantes, 181 mujeres (72.4%) tienen parejas heterosexuales; 20 mujeres de la muestra (.8%) tienen pareja homosexual, y de las 49 participantes restantes que conforman el total de la muestra (19.6%) no estaba especificado el tipo de pareja.

Instrumentos

- Escala de Evaluación de las Relaciones de Hendrick (1988): *Relationship Assessment Scale* (RAS). Se empleó la versión de una validación de la escala en población mexicana ([Oropeza, Armenta, García, Padilla y Díaz-Loving, 2010](#)). Es un instrumento unifactorial de medida global de la satisfacción de la relación compuesto por siete ítems con una escala de respuesta tipo Likert con un rango de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo), por lo que la escala presenta un recorrido potencial de 7 a 35. La satisfacción aparece como una valoración global de la pareja y la relación, ya sea positiva (puntuación alta) o negativa (puntuación baja). La versión original tiene una consistencia interna alta, con un alfa de Cronbach de .86 y una estructura unifactorial, mientras que la versión mexicana obtuvo una consistencia interna más elevada, con un alfa de Cronbach de .88. En cuanto a la validez predictiva, muestra una correlación moderada de .48 con el Test de ajuste marital de Locke-Wallace (1959), correlaciones altas con la Escala de ajuste diádico (DAS; [Spanier, 1976](#)), con sus subescalas variando de .51 a .82, y buena capacidad para discriminar entre parejas con y sin problemas, empleando como criterio la DAS en muestra control ([Hendrick, 1988](#)) y clínica ([Vaughn y Matyastik, 1999](#)). Respecto a la consistencia interna de esta escala, en el presente estudio es de $\alpha = .89$.

- Cuestionario de Salud General (SF-12): *Medical Outcomes Survey Short-Form General Health Survey* (1996). Este cuestionario proporciona una medida subjetiva del estado de salud. Evalúa ocho aspectos de salud, que son: funcionamiento físico (grado en el que

la salud limita o dificulta las actividades físicas), limitaciones en el rol por problemas físicos de salud (grado en el que la salud física interfiere con el rendimiento profesional y con las tareas diarias), funcionamiento social (grado en el que la salud física y emocional afecta al funcionamiento social del individuo), dolor corporal (intensidad del dolor experimentado), salud mental (estado de salud mental general), limitaciones en el rol por problemas personales o emocionales (grado en el que las alteraciones emocionales afectan al trabajo o a las actividades de la vida diaria), vitalidad (sentimiento general de energía y vitalidad) y salud general (valoración global de la salud) ([Monteagudo-Piqueras, Hernando-Arizaleta y Palomar-Rodríguez, 2011](#)). El SF-12 es la versión reducida del SF-36 ([McHorney, Ware, Lu y Sherbourne, 1994](#); [McHorney, Ware y Raczek, 1993](#); [Ware y Sherbourne, 1992](#)). Para confeccionar el SF-12 se utilizaron métodos de regresión lineal múltiple con el fin de seleccionar aquellos ítems que mejor reproducen las medidas de los sumarios físico y mental del SF-36. De esta forma se obtuvieron 10 de los ítems. Los dos ítems restantes se escogieron para que todas las escalas del SF-36 estuvieran bien representadas en la versión reducida. Resume ocho dimensiones, manteniendo el modelo conceptual del SF-36. El cálculo de las puntuaciones está basado en normas de referencia.

Para cada dimensión se recodifican los ítems y se suman, transformándose posteriormente esta puntuación directa en una escala que va de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud) y proporciona un perfil del estado de salud basado en la puntuación alcanzada en cada una de las ocho dimensiones analizadas. Estas ocho dimensiones se agrupan en dos factores (salud física y salud mental). Respecto a la fiabilidad, la consistencia interna oscila entre .72 y .89. Por otra parte, la fiabilidad test-retest oscila entre .73 y .86. La validez concurrente del SF-12, por su parte, es satisfactoria cuando se compara con otras medidas de salud física y mental en una población de personas con una enfermedad mental grave ([Salyers et al., 2000](#)). Cuando se compara el SF-12 con el SF-36 se encuentran correlaciones que oscilan entre .94 y .96 (sumario físico) y entre .94 y .97 (sumario mental). Tanto en la población española como en la americana, los 12 ítems explicaron más del 90% de la varianza de las medidas de los sumarios físico y mental del SF-36 ([Vilagut et al., 2008](#)). Los 12 ítems se puntúan siguiendo varias modalidades de respuesta. Algunos ítems tienen cinco opciones de respuesta acerca de un aspecto de salud, que va de excelente a mala. Otros ítems se responden comparando la salud actual con la de hace un año, a través de cinco opciones de respuesta que van desde «mucho mejor ahora que hace un año» a «mucho peor ahora que hace un año». Otros ítems ofrecen tres opciones de respuesta acerca de las limitaciones que le causa su estado de salud en su vida diaria. Estos aspectos se valoran como muy limitantes a nada limitantes. Otros ítems hacen referencia a las repercusiones de su salud en algún aspecto de su vida, contestando con un sí o un no. Otros ítems valoran las sensaciones físicas y emocionales de la persona en las últimas dos semanas, a través de seis opciones de respuesta. La puntuación total se adquiere sumando los valores de las frases marcadas para el sujeto. Las puntuaciones tienen una media de 50, con una desviación estándar de 10, por lo que valores superiores o inferiores a 50 indican un mejor o peor estado de salud, que la población de referencia. Los estudios publicados sobre sus características métricas aportan una fiabilidad, validez y sensibilidad (alfa de Cronbach $> .70$). En el presente estudio la consistencia interna de las subescalas osciló entre .71 y .82.

- Escala Revisada de Tácticas para la Resolución de Conflictos (CTS2); *Revised Conflicts Tactics Scale-2* ([Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996](#)). La Escala de tácticas de conflicto (*Conflict Tactics Scale* [CTS]) fue desarrollada originalmente por [Straus \(1979\)](#) y modificada posteriormente por [Straus et al. \(1996\)](#), con el fin de simplificar su aplicación en la realización de estudios epidemiológicos. Esta escala mide hasta qué punto las personas utilizan la

violencia contra sus parejas y hasta qué punto utilizan la negociación para resolver conflictos. Se basa en registrar los recursos y soluciones empleados para resolver conflictos, entre los que se encuentran los ataques físicos y psicológicos y el uso de la negociación entre dos personas que comparten una relación marital, de cohabitación o de relaciones esporádicas con un total de 78 ítems, todos ellos referentes tanto a las acciones realizadas por la persona que contesta el cuestionario como a las ejercidas por su pareja (son 39 ítems para cada miembro de la pareja). Contiene cinco escalas: razonamiento/negociación (6 ítems), agresión psicológica (8 ítems), ataques físicos (12 ítems), coerción sexual (7 ítems) y heridas físicas (6 ítems). Estas escalas se dividen a su vez en dos subescalas: «cognitiva» y «emocional» para negociación y «menor» o «severa» para las demás escalas:

1. *Negociación*. La negociación se define como las acciones que se adoptan para acabar un desacuerdo por medio del debate y del razonamiento. Los ítems de la escala cognitiva son ejemplos de tales debates. La escala emocional pretende evaluar en qué medida la pareja se comunica sentimientos afectivos positivos, preguntando por las expresiones de afecto y respeto dentro de la pareja.
2. *Agresión física*. Los ítems de los que se compone esta escala se refieren a violencia física.
3. *Abuso psicológico*. En esta escala se incluyen actos de violencia verbal y actos de violencia no verbal, como, por ejemplo, «mi pareja salió furiosa de la habitación durante una riña».
4. *Coerción sexual*. Se define como la conducta orientada a obligar a la pareja a participar en una actividad sexual no deseada.
5. *Lesiones*. Esta escala mide el daño físico infringido por la pareja, indicado por roturas de huesos, necesidad de asistencia médica o dolor continuado.

Se contesta en una escala de frecuencia de la realización de la conducta durante el año anterior, con ocho alternativas de respuesta, desde *nunca* hasta *más de veinte veces* (nunca, una vez, dos veces, de tres a cinco veces, de seis a diez veces, de once a veinte veces, más de veinte veces y no en el año pasado, pero sí anteriormente).

El CTS2 permite la creación de varios indicadores para cada una de las subescalas (Straus, 2001, 2004). Estos indicadores son los siguientes:

1. *Prevalencia*. Este indicador es dicotómico (0-1).
2. *Cronicidad*. Se refiere al número de veces que un acto de una escala ha ocurrido en aquellas personas que han utilizado al menos un acto de la escala. Se obtiene sumando los puntos medios de la categoría de respuesta elegida por el o la participante.
3. *Prevalencia a lo largo de la vida*. Este indicador toma como referencia temporal toda la vida de la persona que completa el cuestionario. Este indicador es similar a la primera utilizada, pero se computa como prevalencia 1 si la persona ha contestado desde 1 (una vez el año pasado) hasta 7 (nunca el año pasado, pero sí antes).
4. *Frecuencia anual*. Este indicador está generalmente muy sesgado para poblaciones normales, donde un gran porcentaje de las personas responderán que no han sufrido ninguno de los actos violentos de las escalas. Así, este indicador sopesa los ítems de cada escala por su frecuencia de ocurrencia.

La fiabilidad test-retest en agresores de pareja oscila entre .80 en la subescala de daños y .49 en la de negociación; en las subescalas de violencia, la mayor fiabilidad corresponde a la psicológica (.72), pero la física y sexual superan también el .65 (Vega y O'Leary, 2007). Su consistencia interna varía según la subescala y la mues-

tra empleada, pudiendo oscilar entre .34 y .94 (Straus, 2007), con propiedades similares en muestra española (Connelley, Newton y Aarons, 2005). Estudios llevados a cabo con población española señalaron buenas propiedades psicométricas (Graña, Andreu, Peña y Rodríguez-Biezma, 2013), mostrando buena consistencia interna en todas las escalas, excepto en la de lesiones menores (Calvete, Corral y Estévez, 2007). Del mismo modo, en otro estudio llevado a cabo con agresores de pareja en muestra española, la consistencia interna para los 39 ítems del agresor fue de .88 (variando de .59 a .83 según las subescalas) y se obtuvo buena consistencia interna en violencia física (.86), sexual (.75), psicológica (.82) y negociación (.83) (Loinaz, Echeburúa, Ortiz-Tallo y Amor, 2012). Los datos de consistencia interna en el presente estudio muestran valores de entre .36 y .85. Concretamente, las escalas con valores de consistencia por debajo de .70 son: agresión psicológica expresada y recibida, ataques físicos expresados y recibidos, y coerción sexual expresada y recibida.

- Escala de actitudes amorosas (EAA) (Hendrick y Hendrick, 1986). Este instrumento explora los seis estilos de amor propuestos por Lee (1988) y representa consistentemente los tipos de amor que los constituyen; su validez de constructo ha sido ampliamente verificada. Su aplicación en español en muestras mexicanas presenta propiedades psicométricas aceptables y comparables a las de la versión original en inglés (Rodríguez, Montgomery, Peláez y Salas-Martínez, 2003). Asimismo, se ha traducido la escala LAS al español (por ejemplo, Arias-Galicia, 1989; Parra et al., 1998). El instrumento mide los esquemas de actitudes y creencias de la persona entrevistada acerca del amor, con marcadores cognitivos, afectivos y conductuales. Se conforma por 42 reactivos de escala tipo Likert de cinco niveles, de 1: *muy en desacuerdo*, a 5: *muy de acuerdo*. A continuación se presentan ejemplos de reactivos para cada estilo de amor:

1. Eros (amor apasionado e idílico): «La persona que quiero y yo nos sentimos atraídos inmediatamente en cuanto nos vimos la primera vez».
2. Ludus (amor en términos de juego): «A veces he tenido relaciones sentimentales con dos personas».
3. Storge (amor basado en una amistad): «La mejor relación amorosa surge de la amistad».
- 4.Pragma (amor práctico): «Considero qué va a ser una persona en la vida antes de comprometerme con él/ella».
5. Manía (amor posesivo, obsesivo): «Cuando las cosas no van bien con mi pareja, mi estómago se resiente».
6. Ágape (amor altruista): «Daría todo por mi pareja».

En investigaciones anteriores, los análisis de confiabilidad produjeron coeficientes desde .68 para Storge hasta de .83 para Ágape (Hendrick y Hendrick, 1986, 1989). La escala muestra adecuadas propiedades psicométricas, una buena fiabilidad y una buena validez de constructo en un estudio llevado a cabo con muestra española, oscilando la fiabilidad de la escala desde .88 (amor altruista) hasta .68 (amor pragmático) (Rodríguez-Castro, Lameiras, Carrera y Vallejo-Medina, 2013). La fiabilidad (α de Cronbach) con los presentes datos para las distintas escalas es de .86 en la escala Eros, .64 en Ludus, .72 en Storge, .85 en Pragma, .69 en Manía y .84 para la escala Ágape.

Procedimiento

Con el objetivo de obtener una muestra representativa, este cuestionario fue repartido a los grupos de asociaciones de mujeres del listado del Instituto Vasco de la Mujer (Emakunde). Se procedió posteriormente al contacto telefónico para comprobar la llegada del cuestionario y discutir cualquier duda al respecto.

Tabla 2
Estadísticos descriptivos de cronicidad de los actos violentos recibidos

	n	M	DT	Asimetría	Curtosis	Mín.	Máx.
Negociación total	147	42.59	34.24	1.09	.81	0	150
Negociación emocional	158	24.83	19.74	.80	-.04	0	75
Negociación cognitiva	158	16.66	16.74	1.53	2.38	0	75
Abuso psicológico total	157	12.56	16.70	1.79	3.18	0	83
Abuso psicológico menor	165	10.52	13.38	1.61	2.18	0	58
Abuso psicológico severo	171	1.75	5.39	3.72	13.59	0	28
Coerción sexual total	170	1.56	6.84	6.15	39.81	0	49
Coerción sexual menor	175	.96	3.64	4.36	19.03	0	21
Coerción sexual severa	175	.64	3.75	6.84	47.53	0	28
Abuso físico total	164	2.11	11.45	6.84	46.94	0	84
Abuso físico menor	176	1.10	4.98	5.85	36.02	0	35
Abuso físico severo	170	.91	6.49	7.32	52.49	0	49
Lesiones total	178	.88	5.49	7.23	52.17	0	42
Lesiones menores	180	.24	1.80	7.54	55.80	0	14
Lesiones severas	181	.62	3.69	6.99	49.53	0	28

La recogida de información se llevó a cabo a través de carta formal donde se explicaban los objetivos de la investigación y se proporcionaba información general del estudio, de las personas de contacto, de la entidad que lo realizaba y de todos los datos sobre la ética y confidencialidad del mismo. Tras la lectura de esta hoja introductoria las mujeres rellenaban el cuestionario de forma individual.

Para garantizar el anonimato, la confidencialidad y la voluntariedad del estudio se entregó a cada participante un sobre que contenía el cuestionario y una carta con las instrucciones, así como el agradecimiento por participar en la investigación. Del mismo modo, las investigadoras del estudio recolectaron el cuestionario en sobre cerrado. El sobre llevaba la dirección a la que había que remitir el cuestionario; además, disponía de un sistema de franqueo en destino, de tal modo que podía ser depositado en cualquier buzón de correos sin coste alguno para la participante. Las participantes de este estudio no recibieron ningún incentivo por su participación. Este estudio sigue los procedimientos éticos concordantes con la Declaración de Helsinki (World Medical Association, 2013). Desde el punto de vista ético el proyecto es adecuado en todo lo referente a la protección y evitación de riesgos a las participantes y el respeto a la autonomía. Asimismo, se ajusta a los principios metodológicos, éticos y jurídicos que debe tener este tipo de investigación. No se observan riesgos de ningún tipo para las participantes y se establecen medidas adecuadas que ofrecen suficientes garantías éticas durante su desarrollo.

Análisis de datos

Los análisis de datos consisten en la obtención de los estadísticos descriptivos de las variables del estudio, así como el análisis correlacional de las mismas. Asimismo, se realizan análisis de regresión para analizar el papel mediador de las actitudes amorosas en la relación entre la violencia y la salud percibida.

Resultados

Cronicidad de actos violentos recibidos

En primer lugar se obtuvieron los estadísticos descriptivos de cronicidad de los actos violentos recibidos (Tabla 2). La cronicidad indica el número de veces que un acto violento ha ocurrido. La media más alta la obtiene la escala de negociación, con una media de 42.59. Tal y como se sugería en la primera hipótesis del estudio, el abuso psicológico es el tipo de violencia más empleado en la muestra, obteniendo una media de 12.56, predominando el abuso psicológico menor o leve. Asimismo, en segundo lugar, estaría el abuso físico, seguido por último por la coerción sexual.

Tabla 3

Coefficientes de correlación estadísticamente significativos entre las variables relativas a la violencia recibida, actitudes amorosas, satisfacción marital y la salud

	1	2	3	4	5	6	7	8
Negociación total	-.08	.04	-.18*	.22*	.04	.18*	-.11	.12
Negociación emocional	-.02	.02	-.21*	.18*	.05	.15	-.09	.17*
Negociación cognitiva	-.05	.08	-.11	.23**	.03	.21*	-.06	.04
Abuso psicológico total	-.20*	-.15	.21*	-.22*	.21*	.04	.01	-.36
Abuso psicológico menor	-.17*	-.13	.23*	-.17*	.24**	.05	.03	-.33**
Abuso psicológico severo	-.18*	-.16*	.15	-.25**	.09	.02	.04	-.28**
Abuso físico total	.05	.00	.05	-.17*	.09	.08	.15	-.07
Abuso físico menor	.05	.02	.05	-.20*	.06	.06	.16	-.08
Abuso físico severo	.05	-.01	.04	-.13	.11	.08	.14	-.06
Coerción sexual total	.05	.01	.05	-.23**	.07	.07	.07	-.08
Coerción sexual menor	-.05	-.03	.02	-.28**	.02	.10	-.02	-.10
Coerción sexual severo	.06	-.01	.08	-.15	.12	.03	.16*	-.06
Lesiones totales	.03	-.00	.07	-.16	.10	.05	.15	-.07
Lesiones menores	.05	-.00	.04	-.14	.11	.06	.14	-.06
Lesiones severas	.03	-.00	.08	-.16	.09	.05	.16*	-.08

1: rol físico (limitaciones en el rol por problemas físicos de salud); 2: rol emocional (limitaciones en el rol por problemas personales y emocionales); 3: Eros; 4: Ludus; 5: Storge; 6: Pragma; 7: Ágape; 8: satisfacción.

* $p < .05$

** $p < .01$.

Tabla 4

Coefficientes de correlación entre las variables relativas a la salud y la satisfacción marital y las actitudes amorosas

	1	2	3	4	5	6
Funcionamiento físico	.01	.03	.01	.03	.09	.04
Rol físico	-.05	.03	-.02	.09	.15	.05
Dolor	.10	-.00	.01	.02	-.05	-.00
Salud general	-.12	.13	.07	.00	.12	.07
Vitalidad	.06	-.09	.08	-.07	-.15	-.02
Funcionamiento social	-.04	-.00	-.02	.06	.15	.11
Rol emocional	-.09	.08	-.05	.09	.21**	.06
Salud mental	-.02	-.09	-.01	-.04	.09	.02
Satisfacción	-.63**	.34**	.02	.13	.13	-.28**

1: Eros; 2: Ludus; 3: Storge; 4: Pragma; 5: Manía; 6: Ágape.

** $p < .01$.

Relación entre salud percibida, satisfacción en la relación, violencia en la pareja y actitudes amorosas

En segundo lugar se realizaron las correlaciones entre las variables de salud y las variables de satisfacción en la relación de pareja, la violencia recibida y las actitudes amorosas (Tablas 3 y 4). La segunda hipótesis del estudio que señalaba que existiría relación entre la violencia en la pareja y las actitudes amorosas se ha visto confirmada. Por otro lado, también se ha confirmado una disminución de la satisfacción de la relación y de la salud en parejas violentas.

Los resultados muestran cómo la satisfacción se relaciona significativamente en sentido positivo con el estilo de amor Ludus (.34) y en sentido negativo con el abuso psicológico (-.36) y con los estilos de amor Eros (-.63) y Ágape (-.28). Asimismo, el rol físico se relaciona de manera negativa con el abuso psicológico (-.20), así como el rol emocional (-.16), y este segundo a su vez se relaciona de manera positiva con el estilo de amor Manía (.21). Por otro lado, el abuso psicológico se relaciona de manera positiva con el abuso físico (.37) y con los estilos de amor Eros (.21) y Storge (.21). En cuanto al abuso físico, se relaciona de manera negativa con el estilo de amor Ludus (-.17), al igual que la coerción sexual (-.23). Finalmente, las lesiones severas se relacionan de manera positiva con el estilo de amor Ágape (.16). La fuerza o el grado de la relación se determinó según Cohen (1992) de la siguiente manera: valores inferiores a .20 serían pequeños, en torno a .50 serían medios y superiores a .80 serían grandes.

Tabla 5
Papel predictivo de la violencia sobre la salud percibida

V. predictor	B	SE	β	T	Sig.	V. criterio
Abuso psicológico severo	-.67	.24	-.41	-2.72	.01*	Rol físico
Abuso psicológico severo	.53	.20	.38	2.59	.01*	Vitalidad
Negociación cognitiva	.18	.08	.35	2.37	.02*	Rol emocional
Abuso psicológico severo	-.74	.23	-.48	-3.23	.00**	Rol emocional

Rol físico: limitaciones en el rol por problemas físicos de salud; Rol emocional: limitaciones en el rol por problemas personales o emocionales.

* $p < .05$.

** $p < .001$.

Tabla 6
Papel predictivo de la violencia sobre las actitudes amorosas

V. predictor	B	SE	β	T	Sig.	V. criterio
Negociación emocional	-.10	.04	-.37	-2.40	.02*	Eros
Abuso psicológico menor	.09	.04	.22	1.96	.05*	Eros
Negociación cognitiva	.12	.04	.39	2.70	.01*	Ludus
Abuso psicológico menor	.13	.04	.32	2.84	.01*	Storge
Coerción sexual severo	-.232	1.09	-1.60	-2.14	.03*	Storge
Negociación cognitiva	.11	.05	.32	2.06	.04*	Pragma
Abuso físico severo	1.66	.79	2.15	2.09	.04*	Pragma

* $p < .05$.

Tabla 7
Papel predictivo de la violencia y las actitudes amorosas sobre la salud

V. predictor	B	SE	β	t	Sig.	V. criterio
Negociación emocional	.51	.18	.44	2.75	.01*	Salud general
Negociación cognitiva	-.74	.24	-.57	-3.06	.00**	Salud general
Abuso psicológico severo	.42	.20	.29	2.10	.04*	Salud general
Ludus	1.24	.53	.31	2.33	.02*	Salud general
Storge	-1.08	.50	-.27	-2.16	.03*	Salud general
Abuso psicológico severo	.51	.24	.35	2.17	.03*	Vitalidad
Abuso psicológico severo	-.60	.24	-.39	-2.47	.02*	Rol emocional

* $p < .05$.

** $p < .001$.

Mediación a través de las actitudes amorosas de la relación entre violencia y salud percibida

En tercer lugar se analiza la relación indirecta entre la violencia y la salud, siendo mediada esta relación por las actitudes amorosas. Se hipotetizó que las actitudes amorosas mediarán en la relación entre la violencia y la salud percibida (Tabla 5). Los resultados mostraron que las actitudes amorosas mostraron un papel mediador en la relación entre el abuso, la satisfacción marital y la salud de las mujeres.

Principalmente, la violencia se asoció con la salud. Se observa cómo el rol físico y la vitalidad se asocian significativamente con el abuso psicológico severo.

A continuación, la violencia se asoció con las actitudes amorosas (Tabla 6). El estilo de amor Eros se asocia de manera estadísticamente significativa con la negociación emocional y con el abuso psicológico menor. Ludus se asocia con la negociación cognitiva, Storge se asocia con abuso psicológico menor y coerción sexual severa y Pragma se asocia con negociación cognitiva y con abuso físico severo.

Finalmente, las actitudes amorosas se asociaron a la salud teniendo controlada la asociación entre la violencia y la salud (Tabla 7). La salud general se asocia con la negociación emocional, con la negociación cognitiva, con el abuso psicológico severo y con las actitudes amorosas Ludus y Storge. La vitalidad y el rol emocional se asocian con el abuso psicológico severo.

El coeficiente no estandarizado de la variable abuso psicológico severo pasa de ser $-.67$ a $-.50$ en función de la variable rol físico. El coeficiente no estandarizado de la variable abuso psicológico severo

varía de $.53$ a $.51$ en función de la variable vitalidad. El coeficiente no estandarizado de la variable negociación cognitiva pasa de ser $.18$ a $.07$ y el abuso psicológico severo pasa de ser $-.74$ a $-.60$, ambas en función de la variable rol emocional.

Por lo tanto, el 25.37% de la varianza de la relación entre el abuso psicológico severo y el rol físico se explica por las actitudes amorosas. El 38% de la varianza de la relación entre el abuso psicológico severo y la vitalidad se explica por las actitudes amorosas. El 61.11% de la varianza de la relación entre la negociación cognitiva y el rol emocional se explica por las actitudes amorosas y el 18.91% de la varianza de la relación entre el abuso psicológico severo y el rol emocional se explica por las actitudes amorosas.

Discusión

El objetivo de este estudio ha sido analizar las actitudes amorosas y la satisfacción en la pareja como factores intervinientes en la relación entre la violencia y las consecuencias en la salud de las mujeres.

En primer lugar se ha analizado la cronicidad de la violencia recibida. Tal y como se hipotetizó en la primera hipótesis, los resultados de este estudio reflejan cómo el abuso psicológico es el tipo de violencia más empleada, seguido del abuso físico y la coerción sexual. Estos resultados van en consonancia con estudios llevados a cabo anteriormente (Domínguez et al., 2008; Muñoz-Rivas, Graña, O'Leary y González, 2007).

En segundo lugar, el objetivo ha sido analizar la relación entre la satisfacción, la violencia, las actitudes amorosas y la salud percibida. Se esperaba que existiera relación entre la violencia en la pareja y las actitudes amorosas, así como una disminución de la satisfacción de la relación y de la salud en parejas violentas. Los resultados han mostrado que la satisfacción reportada sobre la relación de pareja se relacionó de manera positiva con la negociación emocional, esto es, a medida que aumenta la negociación emocional, mayor será la satisfacción. Este resultado podría ir en la línea de estudios que señalan cómo las parejas satisfechas se diferencian de las insatisfechas, no en la ausencia de conflictos sino en los estilos empleados para manejar dichos conflictos, siendo el estilo colaborativo el que obtiene mayor vinculación con la satisfacción (Greeff, 2000; Greeff y de Bruyne, 2000). Asimismo, los resultados del presente estudio muestran cómo la satisfacción en la relación de pareja se relaciona de manera negativa con el abuso psicológico, es decir, a medida que aumenta la satisfacción disminuye el abuso psicológico sufrido. Esto concordaría con estudios previos que muestran cómo la insatisfacción es más común en parejas agresivas (Cáceres y Cáceres, 2005; Lawrence y Bradbury, 2001). En cuanto a los estilos de actitudes amorosas, la satisfacción se relacionó de manera positiva con el estilo de amor Ludus y de forma negativa con Eros y Ágape. Es decir, a medida que aumenta la satisfacción en la relación de pareja el estilo de amor Ludus aumentará, mientras que el estilo de amor Eros y Ágape disminuirán. Estos datos no se corresponden con los resultados obtenidos en estudios previos, donde el estilo de amor Eros se señala como el mejor predictor de la satisfacción en las relaciones de pareja (Arias-Galicia, 2003). Esto podría deberse a que el estilo de amor Ludus no busca establecer ni implicarse de manera seria en una relación de pareja, sino que busca el divertimento mutuo (Chung et al., 2002).

Posteriormente se ha observado cómo a medida que aumenta el abuso psicológico, sobre todo el abuso psicológico severo, el abuso físico también iría en aumento. Estos datos son coincidentes con estudios recientes (Momeñe, Jáuregui y Estévez, 2017). Asimismo, se ha observado cómo el abuso psicológico se relaciona de manera positiva con la coerción sexual, sobre todo el abuso psicológico severo, y con las lesiones sufridas. Esto podría deberse a estudios que señalan como las mujeres que sufren coerción sexual sufren

también insultos, chantajes y amenazas en caso de no querer mantener relaciones sexuales (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004). Además, se ha comprobado que el abuso psicológico menor y severo se relaciona de manera negativa con el estilo de amor Ludus y de manera positiva con Eros y Storge. Esto no es coincidente con estudios previos, donde se han relacionado los estilos de amor Manía y Ágape con la violencia recibida. Esto es, la expresión de amor y búsqueda del bien del otro sin una reciprocidad, incluso anteponiendo las necesidades de otros a las suyas propias, le situaría en una posición donde es más proclive a recibir y aceptar la violencia, al igual que un amor basado en la obsesión y la posesión del otro. Los datos obtenidos podrían deberse a que los estilos de amor se aprenden a través de las reglas y prácticas culturales, estableciéndose así diferencias culturales entre ellos (Galicia et al., 2013). Además, las conductas violentas recibidas en las relaciones de pareja quedan en muchas ocasiones encubiertas debido a que se interpretan como muestras de amor o cariño (Kú y Sánchez, 2006). Del mismo modo, el aumento de los estilos de amor Eros y Storge a medida que aumenta el abuso psicológico podría estar relacionado con que ambos consideran al enamoramiento con un carácter más romántico y un compromiso duradero (Galicia et al., 2013). Finalmente, el abuso psicológico se ha relacionado en sentido negativo con el rol físico y el rol emocional. Estos datos podrían relacionarse con estudios que señalan que las mujeres maltratadas presentan problemas graves de salud emocional y física (Hathaway et al., 2000). El rol emocional, a su vez, se ha relacionado de manera positiva con el estilo de amor Manía. Estos datos irían en consonancia con estudios previos donde el estilo de amor Manía se ha relacionado con mayores problemas de alimentación, insomnio y depresión (Chung et al., 2002).

En cuanto al abuso físico, se ha relacionado de manera positiva con la coerción sexual y lesiones, y de manera negativa con el estilo de amor Ludus. La relación negativa con el estilo de amor Ludus podría relacionarse con estudios previos donde señalan cómo la violencia aumentaría de manera gradual a medida que aumenta el compromiso en la relación (González y Santana, 2001). Igualmente, en referencia a la coerción sexual, se observa una relación positiva muy elevada con las lesiones sufridas y una relación negativa con el estilo de amor Ludus. Asimismo, la coerción sexual severa se relaciona en sentido positivo con el estilo de amor Ágape. Esto podría ir en la línea de estudios donde se señala que la coerción sexual produce graves repercusiones en la salud física y emocional, predominando las lesiones ginecológicas (Amor et al., 2006) y sentimientos de culpabilidad e indefensión (Villarejo, 2005). En lo referente a los estilos de amor, se observa que a medida que aumenta la coerción sexual disminuye el estilo de amor Ludus y aumenta el estilo de amor Ágape. Esto podría deberse, según otros estudios, a las consecuencias devastadoras que presenta este tipo de maltrato para la estabilidad emocional (Amor et al., 2006). Del mismo modo, la educación adquirida basada en la renuncia personal, entrega total, amor sin reciprocidad y renuncia personal para mantener la armonía en la relación puede explicar estos resultados obtenidos (Ruiz-Jarabo y Blanco, 2004).

Las lesiones severas sufridas se han relacionado de manera positiva con el estilo de amor Ágape. Este resultado podría relacionarse con la dependencia emocional, aspecto que se ha relacionado con la violencia donde la persona dependiente antepone las necesidades de la pareja a las suyas propias, principal característica del estilo de amor Ágape (Momeñe et al., 2017). Finalmente, cabría mencionar cómo el rol emocional se asocia de manera positiva con el estilo de amor Manía, mientras que la negociación se asocia de manera positiva con el estilo de amor Pragma y Ludus y de manera negativa con Eros. Estos datos son novedosos, debido a la ausencia de estudios previos. Sin embargo, los resultados que muestran que las personas con estilos de amor posesivos y obsesivos presentan alteraciones emocionales que afectan a las actividades de la vida

diaria podrían explicarse a través de las características vinculadas al estilo de amor: inestabilidad, grandes conflictos y gran cantidad de tiempo invertido en pensamientos sobre la pareja. En cuanto a la relación positiva entre el estilo de amor Pragma y Ludus y las acciones que se adoptan para acabar un desacuerdo por medio del debate y del razonamiento, podría explicarse debido a que el primer estilo de amor mencionado elige cuidadosamente a la pareja para no tener conflictos como una de las principales características (Solares et al., 2011).

Por último, el objetivo del presente estudio ha sido estudiar si las actitudes amorosas son factores mediadores entre la violencia y la salud percibida en la mujer. Se hipotetizó que las actitudes amorosas mediarían en la relación entre la violencia y la salud percibida. Los resultados reflejaron efectos mediadores parciales significativos de las actitudes amorosas en la relación entre el abuso psicológico severo y el rol físico, el abuso psicológico severo y la vitalidad, la negociación cognitiva y el rol emocional, y el abuso psicológico severo y el rol emocional. Estos datos obtenidos son novedosos debido a la ausencia de estudios que vinculen las actitudes amorosas como factores mediadores entre la violencia y la salud. Sin embargo, se ha comprobado que uno de los factores que incide sobre la salud de forma negativa es el maltrato recibido (Soler, Barreto y González, 2005). A pesar de esto, se ha comprobado cómo algunos síntomas psicológicos derivados del maltrato pueden quedar amortiguados por un nivel adecuado de autoestima (Cascardi y O'Leary, 1992). Asimismo, se señala cómo la violencia está intrínsecamente ligada a los estilos de amor en los que hemos sido socializados, uniendo el amor con sufrimiento (Amurrio, Larriñaga, Usategui y del Valle, 2008). Siguiendo con esto, Melgar y Valls (2010) mencionan que las mujeres víctimas de violencia han construido una atracción hacia los modelos desiguales y violentos, sintiéndose atraídas por un modelo de masculinidad violento. Además, la atracción y los sentimientos de amor hacia la pareja que ejerce conductas violentas es una de las causas que obstaculiza la superación de la violencia de género.

El presente estudio no se encuentra exento de limitaciones. En primer lugar, se trata de una muestra incidental exclusivamente formada por mujeres, siendo la media de edad de 58 años y no con niveles altos de violencia. En ese sentido, con una media de edad tan elevada podría haber variaciones de las actitudes amorosas que se forjan al inicio de la relación, a diferencia de otros momentos de la vida de pareja. Asimismo, esta edad podría afectar a la percepción que las mujeres tienen de recibir violencia en la pareja. Estas circunstancias obligan a ser cautelosos con los resultados obtenidos. Por otro lado, las interpretaciones o percepciones sobre lo que se considera o no conducta abusiva puede haber influido en los resultados de la investigación, existiendo una tendencia a maximizar los actos que la otra persona inflige (Cáceres, 2011). Asimismo, el carácter transversal del estudio imposibilita el establecimiento de relaciones causales entre las variables del estudio.

A pesar de esto, este estudio aporta resultados novedosos en relación con el valor mediador de las actitudes amorosas sobre la violencia y la salud percibida en mujeres. Estos resultados podrían ser de gran utilidad para comprender mejor las relaciones de pareja y las actitudes amorosas que podrían estar asociadas a la salud de las mujeres que sufren violencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Aiquipa, J. J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología*, 33(2), 412–437.

- Almendros, C., Gámez-Guadix, M., Carrobbles, J. A., Rodríguez-Carballeira, A. y Porrúa, C. (2009). Abuso psicológico en la pareja: Aportaciones recientes, concepto y medición. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17(3), 433–451.
- Amor, P., Bohórquez, I. A. y Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción Psicológica*, 4(2), 129–154.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(3), 167–178.
- Amurrio, M., Larrinaga, A., Usategui, E. y del Valle, I. (2008). *Violencia de género en las relaciones de pareja de adolescentes y jóvenes de Bilbao*. Informe cualitativo. Bilbao: Universidad del País Vasco y Ayuntamiento de Bilbao.
- Arias-Galicia, F. (1989). Una investigación sobre la escala de satisfacción marital. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 21(3), 424–436.
- Arias-Galicia, L. F. (2003). La Escala de Satisfacción Marital: Análisis de su confiabilidad y validez en una muestra de supervisores mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 37(1), 67–92.
- Brenlla, M. E., Brizzio, A. y Carreras, A. (2004). Actitudes hacia el amor y apego. *Psicobate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 4, 7–23.
- Cáceres, J. (2011). Abuso y violencia en las relaciones de pareja. *Psicología Conductual/Behavioral Psychology*, 19(1), 91–116.
- Cáceres, A. y Cáceres, J. (2005). Violencia en relaciones íntimas en dos etapas evolutivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 271–284.
- Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2007). Factor structure and validity of the Revised Conflict Tactics Scales for Spanish women. *Violence Against Women*, 13(10), 1072–1087.
- Cascardi, M. y O'Leary, K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7(4), 249–259.
- Chung, M. C., Farmer, S., Grant, K., Newton, R., Payne, S., Perry, M. y Stone, N. (2002). Diferencias entre los estilos de amar que tienen hombres y mujeres y sus reacciones de estrés posttraumático tras la ruptura de su relación. *The European Journal of Psychiatry*, 16(4), 204–215.
- Cohen, J. (1992). Quantitative methods in psychology: A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155–159.
- Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M. R. y McKeown, R. E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9(5), 451–457.
- Connelley, C. D., Newton, R. R. y Aarons, G. A. (2005). A psychometric examination of English and Spanish versions of the Revised Conflict Tactics Scales. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(12), 1560–1579.
- Davins, M., Bartolomé, D., Salamero, M. y Pérez-Testor, C. (2010). Mujeres maltratadas y calidad de la relación de pareja. *Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, 27, 265–278.
- Deza, S. (2012). ¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia? *Avances en Psicología*, 20(1), 45–55.
- Domínguez, J. M., García, P. y Cuberos, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de Psicología*, 24(1), 115–120.
- Ferrer, V. A., Bosch, E., Navarro, C., Ramis, M. C. y García, E. (2008). El concepto de amor en España. *Psicothema*, 20(4), 589–595.
- Fromm, E. (1980). *El arte de amar una investigación sobre la naturaleza del amor*. Buenos Aires: Paidós.
- Galicia, I. X., Sánchez, A. y Robles, F. J. (2013). Relaciones entre estilos de amor y violencia en adolescentes. *Psicología desde el Caribe*, 30(2), 211–235.
- González, R. y Santana, J. D. (2001). La violencia en parejas jóvenes. *Psicothema*, 13(1), 127–131.
- Graña, J. L., Andreu, J. M., Peña, M. E. y Rodríguez-Biezma, M. J. (2013). Validez factorial y fiabilidad de la "Escala de tácticas para el conflicto revisada" (Revised Conflict Tactics Scale, CTS2) en población adulta española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21(3), 525–543.
- Greeff, A. P. (2000). Characteristics of families that function well. *Journal of Family Issues*, 21(8), 948–962.
- Greeff, A. P. y de Bruyne, T. (2000). Conflict management style and marital satisfaction. *Journal of Sexual and Marital Therapy*, 26(4), 321–334.
- Hathaway, J. E., Mucci, L. A., Silverman, J. G., Brooks, D. R., Mathews, R. y Pavlos, C. A. (2000). Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 302–307.
- Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 50(1), 93–98.
- Hendrick, C. y Hendrick, S. (1986). A theory and method of love. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(2), 392–402.
- Hendrick, C. y Hendrick, S. S. (1989). Research on love: does it measure up? *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(5), 784–794.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. y Lozano, R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington: Organización Mundial de la Salud.
- Kú, O. E. y Sánchez, R. (2006). La violencia a través de las fases del amor pasional: porque la pasión también tiene un lado oscuro. *Revista Colombiana de Psicología*, 15, 39–50.
- Lawrence, E. y Bradbury, T. N. (2001). Physical aggression and marital dysfunction: A longitudinal analysis. *Journal of Family Psychology*, 15(1), 135–154.
- Lee, J. A. (1976). *The Colors of Love*. New Press: Ontario.
- Lee, J. (1988). Love-Styles. En R. J. Sternberg y M. I. Barnes (Eds.), *The Psychology of Love*. (pp. p38–67). New Haven, CT: Yale University Press.
- Loinaz, I., Echeburúa, E., Ortiz-Tallo, M. y Amor, P. J. (2012). Psychometric properties of the Conflict Tactics Scales (CTS-2) in a Spanish sample of partner-violent men. *Psicothema*, 24(1), 142–148.
- Matud, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16(3), 397–401.
- McHorney, C. A., Ware, J. E., Lu, J. F. y Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical Care*, 32(1), 40–66.
- McHorney, C. A., Ware, J. E. y Raczek, A. E. (1993). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. *Medical Care*, 31(3), 247–263.
- Melgar, P. y Valls, R. (2010). Estar enamorada de la persona que me maltrata: socialización en las relaciones afectivas y sexuales de las mujeres víctimas de violencia de género. *Trabajo Social Global*, 1(2), 148–161.
- Menéndez, S., Pérez, J. y Lorence, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention*, 22, 41–53.
- Momeñe, J., Jáuregui, P. y Estévez, A. (2017). El papel predictor del abuso psicológico y la regulación emocional en la dependencia emocional. *Psicología Conductual*, 25(1), 65–78.
- Monteagudo-Piqueras, O., Hernando-Arizaleta, L. y Palomar-Rodríguez, J. A. (2011). Normas poblacionales de referencia de la versión española del SF-12V2 para la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*, 25(1), 50–61.
- Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 12(1), 5–31.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., O'Leary, K. D. y González, P. (2007). *Physical and psychological aggression in dating relationships in Spanish university students* *Psicothema*, 19(1), 102–107.
- Oram, S., Trevillion, K., Feder, G. y Howard, L. M. (2013). Prevalence of experiences of domestic violence among psychiatric patients: Systematic review. *The British Journal of Psychiatry*, 202(2), 94–99.
- Oropeza, R. E., Armenta, C., García, A., Padilla, N. y Díaz-Loving, R. (2010). Validación de la escala de evaluación de relaciones en la población mexicana. *Psicología Iberoamericana*, 18(2), 56–65.
- Parra, F., Brown, W. C., Huynh, P. D., Stubbs, E. C., Amerson, K. C., Leon, J. J., Ruch, L. O. y Martínez, C. (1998). Love styles among Guatemalans in a local village. *Psychological reports*, 83(3), 1199–1202.
- Paz, P., Labrador, F. J., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105–116.
- Pazos, M., Oliva, A. y Hernando, A. (2014). Violencia en relaciones de pareja de jóvenes y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 148–159.
- Plazaola-Castaño, J. y Ruiz, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina Clínica*, 122(12), 461–467.
- Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E. y Páez-Rovira, D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología*, 32(1), 295–306.
- Rey, C. A. (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26(2), 227–241.
- Rodríguez, I. A., Montgomery, M., Peláez, M. y Salas-Martínez, W. (2003). Actitudes amorosas y experiencias en el cortejo en adultos jóvenes de tres distintas culturas. *Revista Mexicana de Psicología*, 20(2), 177–188.
- Rodríguez-Castro, Y., Lameiras, M., Carrera, M. V. y Vallejo-Medina, P. (2013). Validación de la Escala de Actitudes hacia el Amor en una muestra de adolescentes. *Estudios de Psicología*, 34(2), 209–219.
- Ruiz-Jarabo, C. y Blanco, P. (2004). *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas solidarias y gozosas*. España: Díaz de Santos.
- Salyers, M. P., Bosworth, H. B., Swanson, J. W., Lamb-Pagone, J. y Osher, F. C. (2000). Reliability and validity of the SF-12 health survey among people with severe mental illness. *Medical Care*, 38(11), 1141–1150.
- Sanpedro, P. (2004). El mito del amor y sus consecuencias en los vínculos de pareja. *Disenso*, 45. Documento online: <http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0392/Pilar-Sanpedro.pdf>.
- Sanz-Barbero, B., Rey, L. y Otero-García, L. (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 28(2), 102–108.
- Solares, S. D., Benavides, J., Peña, B., Rangel, D. y Ortiz, A. (2011). Relación entre el tipo de apoyo y el estilo de amor en parejas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 41–56.
- Soler, E., Barreto, P. y González, R. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema*, 17, 267–274.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15–28.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and Family*, 41(1), 75–88.
- Straus M. A. (2001). *Scoring the CTS2 and CTSPC*. Durham, NH: University of New Hampshire, Family Research Laboratory.
- Straus, M. A. (2004). Cross-cultural reliability and validity of the Revised Conflict Tactics Scales: a study of university student dating couples in 17 nations. *Cross-Cultural Research*, 38(4), 407–432.
- Straus, M. A. (2007). Processes explaining the concealment and distortion of evidence on gender symmetry in partner violence. *European Journal of Criminal Policy and Research*, 13(3–4), 227–232.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. y Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scale (CTS2): development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283–316.

- Ubillos, S., Zubieta, E., Páez, D., Deschamps, J. C., Ezeiza, A. y Vera, A. (2001). Amor, cultura y sexo. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción (REME)*, 4(8-9), 197–221.
- Vaughn, M. J. y Matyastik, M. E. (1999). Reliability and validity of the relationship assessment scale. *The American Journal of Family Therapy*, 27(2), 137–147.
- Vega, E. M. y O'Leary, K. D. (2007). Test-retest reliability of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). *Journal of Family Violence*, 22(8), 703–708.
- Vilagut, G., Valderas, J. M., Ferrer, M., Grain, O., López-García, E. y Alonso, J. (2008). Interpretation of SF-36 and SF-12 questionnaires in Spain: physical and mental components. *Medicina Clínica*, 130(19), 726–735.
- Villarejo, A. (2005). Agresión a la mujer como factor de riesgo múltiple de depresión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 5, 75–86.
- Ware, J. E. y Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36) I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473–483.
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194.