

TESIS DOCTORAL

AÑO 2014



**“VIOLENCIA POR COMPAÑERO ÍNTIMO.
CONSECUENCIAS EN SALUD, USO DE SERVICIOS Y
FACTORES QUE CONDICIONAN SU CESE”.**

DAVID MARTÍN BAENA

(LICENCIADO EN CIENCIAS Y TÉCNICAS ESTADÍSTICAS)

UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA

DEPARTAMENTO DE METODOLOGÍA DE LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DIRECTORA:

VICENTA ESCRIBÀ-AGÜIR

TUTORA:

CARMEN GARCÍA GALLEGO

Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento

Facultad de Psicología

Universidad Nacional de Educación a Distancia

**VIOLENCIA POR COMPAÑERO ÍNTIMO. CONSECUENCIAS EN
SALUD, USO DE SERVICIOS Y FACTORES QUE CONDICIONAN SU
CESE.**

Autor:

David Martín Baena

(Licenciado en Ciencias y Técnicas Estadísticas)

Directora:

Dra. Vicenta Escribà-Agüir

(Profesora de Sociología, Género y Salud)

Tutora:

Dra. Carmen García Gallego

(Profesora de Metodología de las Ciencias del Comportamiento)

AGRADECIMIENTOS

La parte más bonita de mi trabajo es mostrar mi más sincero agradecimiento a todas aquellas personas sin las cuales no se habría podido desarrollar.

Agradezco a mi directora de tesis, la Dra. Vicenta Escribà-Agüir, por su constante ayuda y cariño depositado. Por haber compartido conmigo su sabiduría, experiencia y afecto durante este proyecto. Gracias por confiar en mí.

A la Dra. Carmen García Gallego, por solucionarme todas las dudas cuando la he necesitado y hacerme fácil todos los trámites necesarios para presentar esta Tesis.

A la Dra. Isabel Montero, por su entusiasmo en apoyar esta Tesis. Por ofrecerme su tiempo con una dedicación absoluta y una entrega envidiable. Por transmitirme toda su ilusión y empeño en el campo de la investigación. Esta Tesis se ha enriquecido de su gran humanidad, de sus conocimientos en violencia contra la mujer y de su extraordinaria paciencia. Gracias por tu gran interés.

A todas las coautoras de los artículos que forman parte de las publicaciones que forman esta Tesis, a la Dra. Isabel Ruiz Pérez, a la Dra. Carmen Vives Cases y a la Dra. Marta Talavera Ortega por apoyarme y animarme a presentar esta Tesis. Gracias por compartir mis inquietudes.

A mis amigos, que han comprendido la ilusión de este trabajo. Gracias por vuestro apoyo y ánimo.

A mi mujer Mamen, la persona más especial de mi vida. Por estar siempre dispuesta a aguantar mis altibajos, mis miedos y mis preocupaciones sin reproches. Por su apoyo inestimable y su cariño infinito. Gracias por tu paciencia, mi amor.

A mis hijos, que con sus sonrisas, sus abrazos y sus besos, me han dado fuerzas para luchar hasta el final. ¡Os quiero mucho!

A mis padres, por enseñarme desde pequeño a trabajar duro, a afrontar con fuerza los momentos difíciles, a ser un luchador y a enseñarme los valores personales. Gracias por ser como sois.

Un recuerdo especial para aquellos que no se encuentran entre nosotros, a mis abuelos, que seguro que me han dado fuerzas para terminar y en especial a la Dra. Concha Colomer Revuelta por facilitarme el camino en mis primeros pasos en el campo de la salud pública y las desigualdades de género en salud. Espero que os guste este trabajo.

MUCHAS GRACIAS. ESTO TAMBIÉN ES VUESTRO PREMIO.

TESIS POR COMPENDIO DE PUBLICACIONES

La presente tesis doctoral, de acuerdo con el informe correspondiente, autorizado por la Directora de Tesis y el Órgano Responsable del Programa de Doctorado, se presenta como un compendio de dos trabajos previamente publicados. Las referencias completas de los artículos que constituyen el cuerpo de la Tesis son los siguientes:

Montero, I., **Martín-Baena, D.**, Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Vives-Cases, C. y Talavera, M. (2013). Intimate partner violence in older women in Spain: prevalence, health consequences, and service utilization. *Journal of Women & Aging*, 25(4), 358-371. doi: 10.1080/08952841.2013.838854.

Montero, I., **Martín-Baena, D.**, Escribà-Agüir, V., Vives-Cases, C. y Ruiz-Pérez, I. (2014). Factors associated with the cessation of intimate partner violence in women attending primary care in Spain. *Journal of Family Violence*, (In press).

ÍNDICE

Lista de abreviaturas que aparecen en el texto (por orden alfabético).....	7
Lista de Tablas y Figura	8
INTRODUCCIÓN	10
Concepto de violencia por compañero íntimo.....	11
Tipos de violencia contra la mujer por parte del compañero íntimo	12
Prevalencia de violencia por compañero íntimo	13
Consecuencias en la salud en mujeres víctimas de la violencia por compañero íntimo	15
Uso de servicios sanitarios por mujeres víctimas de violencia por compañero íntimo	16
Edad de las mujeres en los estudios de la violencia por compañero íntimo	16
Cese o continuidad de la violencia por compañero íntimo	17
METODOLOGÍA	21
Muestra	21
Variables estudiadas e instrumentos de medición	22
Procedimiento	24
Artículo 1:	27
Objetivos	29
Metodología	30
Muestra	30
Variables	30
Análisis estadístico	32
Resultados	35

Características sociodemográficas.....	35
Prevalencia y duración de la VCI	36
Estado de salud	36
Uso de servicios sanitarios	38
Discusión	40
Limitaciones	42
Implicaciones clínicas y de política sanitaria	43
Artículo 2:	60
Carta del editor:.....	61
Hipótesis y Objetivos	63
Metodología	65
Muestra	65
Variables	65
Análisis estadístico	67
Resultados	70
Características sociodemográficas.....	70
Tipología, edad de inicio y duración de la VCI.....	72
Respuestas de las mujeres frente a la VCI.....	73
Factores asociados al cese de la VCI	74
Discusión	77
Limitaciones	81
CONCLUSIONES	110
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114
ANEXO. Cuestionario.....	130

ANEXO. Índice de Impacto de las Publicaciones 138

Lista de abreviaturas que aparecen en el texto (por orden alfabético)

AP= Atención Primaria

β = Beta, coeficiente estandarizado

BOE= Boletín Oficial del Estado

CA= Comunidad Autónoma

ds= desviación estándar

FRA= Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea

GHQ-12= Cuestionario de Salud General

IC= Intervalo de Confianza

ISA= Índice de Abuso Marital

MSPS= Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

OMS= Organización Mundial de la Salud

ONU= Organización de Naciones Unidas

OR= Odds ratios

PAHO= Organización Panamericana de la Salud

R^2 = Proporción de la varianza explicada por el modelo.

TTM= Modelo transteórico de cambio de conducta

VCI= Violencia por compañero íntimo

Lista de Tablas y Figura

Artículo 1:

Tabla 1. Características socio-demográficas de mujeres de 55 y 70 años, con una historia de violencia por un compañero íntimo (VCI) y aquellas sin historia de VCI (n=1.676).

Tabla 2. Prevalencia, tipología y duración de la VCI en mujeres de mediana edad y mayores (n=1676).

Tabla 3. Indicadores de salud en mujeres de mediana edad y mayores que han sufrido VCI alguna vez en la vida.

Tabla 4. Uso de los servicios sanitarios por mujeres de mediana edad y mayores que han sufrido VCI alguna vez en la vida.

Artículo 2:

Tabla 1. Distribución de las características socio-demográficas de las mujeres que han sufrido VCI alguna vez en la vida en función del cese o continuación de la VCI (n=2.464).

Tabla 2. Tipología, edad de inicio y duración de la VCI en mujeres donde la violencia ha cesado y en mujeres donde la violencia continúa.

Tabla 3. Respuestas de las mujeres frente a la VCI en mujeres donde ha cesado y en aquellas en las que persiste.

Tabla 4. Factores asociados al cese de la violencia en mujeres con una historia de VCI en el pasado.

Figura

Figura 1. Selección de las mujeres que participan en el proyecto (N=10.322).

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Desde que en 1996 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconociera la violencia contra las mujeres como un problema de Salud Pública, instando a los estados miembros a evaluar su dimensión, no han dejado de realizarse esfuerzos en todos los países del mundo intentado visibilizarla (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002).

Es por tanto en los primeros años de este siglo, cuando la violencia contra la mujer por un compañero íntimo (VCI) se reconoce como una prioridad en la defensa de los derechos humanos y se constata su alta prevalencia (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise y Watts, 2006), el impacto que la violencia provoca en la salud de las mujeres (Ellsberg et al., 2008; Montero et al., 2011), así como la carga social y asistencial que conlleva (Rivara et al., 2007).

La violencia contra la mujer ha ido recibiendo una atención creciente a nivel mundial, pasando de ser una cuestión oculta y privada (Sotomayor-Morales, 2000), a declararse como un problema que afecta a la dignidad, a la integridad y a la libertad de las mujeres y su bienestar social.

Los datos de la macroencuesta reciente llevada a cabo por la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA, 2014), con una participación de 42.000 mujeres procedentes de los 28 países miembros, muestran unos datos alarmantes, con una prevalencia de un 43% de mujeres europeas víctimas de abusos psicológicos y un 22% de mujeres víctimas de agresiones físicas o de maltrato sexual por parte de su pareja actual o anterior y donde el 67% de los casos de maltrato más grave, no denuncian a su agresor ni acuden a ningún recurso para solicitar ayuda.

A pesar de que la investigación sobre la violencia contra las mujeres se ha desarrollado de forma exponencial en los últimos 20 años (Jasinski, 2001), continúan existiendo áreas donde el conocimiento es escaso.

Los dos estudios que se presentan en esta Tesis Doctoral, pretenden aportar un conocimiento empírico sobre violencia contra la mujer de un compañero íntimo en algunos de los aspectos menos abordados hasta la fecha. Ambos, son la continuación de un proyecto coordinado, financiado por el Instituto de Salud Carlos III (1/06-36), llevado a cabo por seis equipos de investigación españoles en el año 2006 y cuyo objetivo fue estimar la prevalencia de la violencia ejercida por una pareja masculina contra las mujeres adultas (18 y 70 años) que acudieron durante 2006-2007 a consultas de atención primaria (AP) de todo el territorio nacional por cualquier motivo de consulta, y evaluar las consecuencias que este tipo de violencia ejerce en la salud y otros aspectos asociados a la misma.

A lo largo de esta introducción se desarrollará: 1) el concepto de la violencia ejercida por compañero íntimo actual o en el pasado (VCI); 2) los tipos de violencia; 3) su prevalencia; 4) las consecuencias en salud en mujeres maltratadas; 5) el uso que hacen estas mujeres de los servicios sanitarios; 6) la edad de las mujeres en los estudios de VCI y 7) las características del cese o continuidad de la VCI.

Concepto de violencia por compañero íntimo

En la literatura encontramos una diversidad de terminología para designar el concepto de violencia ejercida por el compañero íntimo, siendo varios los términos empleados para referirse a la misma, tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Uno de los términos más frecuentemente utilizados para designar este tipo de maltrato ha sido el de “violencia doméstica” (domestic violence) (Rodríguez-Franco, López-Cepero y Rodríguez-Díaz, 2009). Ahora bien, este concepto engloba cualquier abuso o maltrato ejercido por un agresor,

independientemente del sexo, dentro del núcleo familiar, sea un niño, anciano, mujer u hombre. Otro de los términos más utilizados es la “violencia de género” (gender violence) (ONU, 1994). Este término, no es exclusivo de la violencia contra una mujer por un compañero íntimo, ya que también incluye la violencia ejercida por la mujer hacia su pareja masculina. De ahí que la literatura científica optó por términos como “spouse abuse”, “wife abuse” o “marital abuse” para hablar de la violencia ejercida, habitualmente por el hombre contra la mujer en el contexto de una relación íntima (Rodríguez-Franco et al., 2009). Teniendo en cuenta que una relación de pareja no sólo es a través del matrimonio, de forma reciente, tanto en los ámbitos científicos nacionales como internacionales se viene utilizando el término de “violencia por un compañero íntimo” (Intimate partner violence) (Jewkes, 2002), siendo éste el que utilizamos en la presente Tesis Doctoral, por lo que a lo largo de la misma se utilizará el concepto “violencia del compañero íntimo” (VCI) y “mujeres víctimas de violencia” para reflejar la situación en la que el agresor es el hombre, la mujer es la víctima y la violencia tiene lugar en el contexto de una relación de pareja pasada o actual.

Tipos de violencia contra la mujer por parte del compañero íntimo

La OMS, en su definición de violencia de pareja, distingue entre agresiones físicas, relaciones sexuales forzadas, malos tratos psíquicos y conductas de control, incluyéndose estas últimas, como abuso psicológico o emocional en gran parte de los estudios (Krug et al., 2002). De manera que, las tipologías de violencia por un compañero íntimo, consideradas en la mayoría de la literatura relacionada con este área de investigación, clasifican la violencia ejercida por el que es o fue su compañero sentimental en tres tipologías: violencia física, sexual y emocional/psicológica (Gundersen, 2002).

En esta Tesis y por coherencia con otros autores (Montero et al., 2012; Pico-Alfonso, Echeburúa y Martínez, 2008; Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño y Lozano, 2007) utilizaremos la misma terminología, considerando:

- Violencia física: caracterizada por agresiones físicas como: puñetazos, bofetadas, empujones o golpes, lesiones por armas, etc.
- Violencia psicológica: caracterizada por continuas expresiones verbales que menoscaban la integridad psicológica de la mujer tales como: insultos, humillaciones ante otras personas, intimidaciones, gritos, acciones de control, etc.
- Violencia sexual: caracterizada por forzar a tener relaciones sexuales contra su voluntad u obligarla a mantener cualquier conducta o acto sexual que considera como desagradable.

Estos diferentes tipos de maltrato a menudo coexisten en una misma relación violenta. Sin embargo, y dado que los estudios sobre violencia contra la mujer son un área de investigación reciente, la mayoría de los trabajos publicados hacen referencia a la violencia física y sexual, ya que son las de mayor evidencia y más fácil cuantificación (Krug et al., 2002).

Prevalencia de violencia por compañero íntimo

Los datos que nos ofrecen los diferentes estudios sobre la prevalencia de la VCI tienen una variabilidad considerable, debido a factores como la propia definición de la violencia ejercida por una pareja masculina, el tipo de violencia evaluada, la metodología de investigación utilizada o la población objeto de estudio, dificultando la comparación de los diferentes estudios, así como el conocimiento de la magnitud real del problema (Clark y Du Mont, 2003; Krug et al., 2002).

Un estudio llevado a cabo por la OMS en 10 países (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania), puso de manifiesto que entre el 15% y el 71% de las mujeres encuestadas habían sufrido violencia física, sexual o ambas, por parte de su pareja en algún momento de su vida y de ellas entre el

3% y el 54% fue víctima de violencia física, sexual o ambas durante el último año, siendo la violencia psicológica la más frecuente (entre 20% y 75%) (García-Moreno et al., 2006).

En Europa, un estudio con participación de mujeres de 13 países (Gran Bretaña, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Holanda, Islandia, Lituania, Portugal, Rusia, España, Suiza y Suecia), las prevalencias estimadas para la VCI en el último año oscilan entre el 4% y el 30%, siendo las tasas más altas en países como Gran Bretaña, Finlandia, Suecia, Alemania, Suiza y Holanda, que van desde un 20% a más de un 30%. El tipo de maltrato más frecuente fue el psicológico (19%-42%), seguido del físico (6%-25%) y el sexual (4%-20%) (Martinez y Schröttle, 2006).

Los estudios con muestras de mujeres que acuden al sistema sanitario manejan cifras de prevalencia de VCI superiores a las de población general, oscilando entre el 20% y el 55%, pero con una notable variabilidad en función de la zona geográfica de dónde se reclutan las muestras a estudio. (Bradley, Smith, Long y O'Dowd, 2002; Grynbaum, Biderman, Levy y Petasne-Weinstock, 2001; Richardson, Coid, Petruckevitch, Chung, Moorey, y Feder, 2002; Schafer, Caetano y Clark, 1998).

Centrándonos en España, los datos más recientes proceden de un estudio que cuenta con una amplia muestra de mujeres adultas que acudieron a centros de atención primaria, en todo el territorio nacional, por cualquier problema de salud (Ruiz-Pérez et al., 2010). La prevalencia anual global estimada fue del 24,8%, destacando el maltrato psicológico con una prevalencia del 21,1%, mientras que la violencia física (física y sexual) fue de 15,7%.

Consecuencias en la salud en mujeres víctimas de la violencia por compañero íntimo

Todo tipo de violencia tiene efectos negativos en la salud, siendo muchos los estudios que abordan el efecto de la violencia por la pareja contra la mujer, al ser una de las formas de violencia más graves por su impacto en la salud y por su cronicidad (Campbell, 2002). Los resultados de los diferentes estudios detectan de forma consistente un incremento en un amplio rango de problemas somáticos y psíquicos así como un peor funcionamiento en la vida cotidiana en mujeres víctimas de violencia por el compañero íntimo (Campbell, 2002; Escribà-Agüir et al., 2010; Montero et al., 2011a; Plichta, 2004; Ruiz-Pérez et al., 2007). Estas asociaciones entre la violencia y las consecuencias negativas en la salud se han detectado independientemente de la tipología de la violencia ejercida (física, psíquica o sexual), sea ésta actual o en el pasado e independientemente de que se trate de muestras clínicas o poblacionales (Nicolaidis, Curry, McFarland y Gerrity, 2004). El peso de esta evidencia confirma que la VCI es uno de los mayores factores que contribuyen a una peor salud de las mujeres (Fanslow y Robinson, 2004).

Aunque cualquier tipo de maltrato tiene consecuencias negativas en la salud de las víctimas, existen indicios de que su impacto en salud puede ser diferente en función de su tipología (Mechanic, Weaver y Resnick, 2008; Nicolaidis et al., 2004; Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004). Hoy sabemos que el maltrato psicológico/emocional, que es el tipo de maltrato más frecuente, puede tener un impacto sobre la salud de igual o mayor magnitud que otros tipos de maltrato (García-Linares, Sánchez-Lorente, Coe y Martínez, 2004; Pico-Alfonso, García-Linares, Celda-Navarro, Herbert y Martínez, 2004).

Algunos estudios también parecen sugerir la existencia de un «efecto acumulativo» de las diversas tipologías de maltrato, de manera que el impacto en la salud es mayor en las mujeres que experimentan malos tratos físicos, sexuales y emocionales que en las que

experimentan solamente un tipo de maltrato (Campbell, 2002; Coker, Smith, McKeown y King, 2000).

Uso de servicios sanitarios por mujeres víctimas de violencia por compañero íntimo

Las mujeres maltratadas hacen un mayor uso de servicios sanitarios en comparación con aquellas mujeres que no la han sufrido (Montero et al.; 2011b; Ulrich, Cain, Sugg, Rivara, Rubanowice y Thompson, 2003). Este incremento de uso de servicios se ha encontrado para: la hospitalización, los servicios de urgencias, de atención primaria y especializada, incluyendo los de salud mental (Coker, Reeder, Fadden y Smith, 2004; Montero et al., 2011b). Un estudio de revisión sistemática, recientemente publicado, sobre el uso de servicios que incluye mujeres de diferentes países y culturas (USA, Australia, Reino Unido, Canadá, España, Irán, Israel, Sudáfrica y China) confirma el incremento de uso de servicios de las mujeres maltratadas, siendo los servicios de atención primaria y los servicios de urgencia los más frecuentados (Sprague et al., 2014).

Edad de las mujeres en los estudios de la violencia por compañero íntimo

La mayoría de estudios realizados hasta la actualidad que valoran la magnitud de la VCI, su tipología, e impacto en salud se han centrado en mujeres de mediana edad (Allen, Swan y Rhagavan, 2009). Sin embargo existen muy pocos estudios que incluyan mujeres mayores de 45 años (Cooper, Selwood y Livingston, 2008).

La violencia del hombre contra la mujer viene produciéndose a nivel mundial, sin distinguir entre clases sociales, edad, cultura, religión o país (Campbell, 2002; Garcia-Moreno et al., 2006; Krug et al., 2002), observándose como su inicio es cada vez más precoz (Fernández-Fuertes y Fuertes, 2010). Se ha demostrado que este maltrato es por lo general persistente y grave (Dobash y Wilson, 1992), con un mayor impacto en salud conforme se prolonga su duración (Helweg-Larsen y Kruse, 2003).

La reciente “Macro encuesta de Violencia de Género 2011” (MSPS, 2011) publicada en España, muestra que el 29,8% de las mujeres de 50 años o mayores, han sufrido algún tipo de maltrato por su compañero íntimo a lo largo de su vida. A pesar de ello, la mayoría de los estudios que abordan específicamente la violencia en mujeres mayores, cuentan con muestras de mujeres con edades más avanzadas, a partir de los 65 años, y suelen centrarse en el maltrato por familiares y cuidadores, sin especificar la violencia ejercida por una pareja masculina (Cooper et al., 2008).

Por tanto, contamos con pocos estudios que aborden las implicaciones de la violencia ejercida por una pareja masculina en la salud de las mujeres de mediana edad y mayores, procediendo la mayoría del mundo anglosajón, siendo todavía más escasa la información sobre las experiencias de las mujeres de mediana edad y mayores procedentes de países de cultura mediterránea.

Con este **primer estudio** que presentamos, pretendemos aportar información de la frecuencia de la violencia por una pareja masculina en mujeres de 55 a 70 años, su tipología y duración, analizar el impacto que este tipo de violencia tiene en su salud y bienestar, así como el uso que estas mujeres hacen de los servicios sanitarios.

Cese o continuidad de la violencia por compañero íntimo

Otro de los aspectos que ha suscitado interés es el por qué muchas mujeres se mantienen en una relación abusiva y violenta a pesar de la gravedad del maltrato y en ocasiones con consecuencias físicas graves que pueden amenazar su vida, llegándose a interpretar como una actitud pasiva de las mujeres para afrontar la VCI (Campbell y Soeken, 1999; Fry y Barker, 2001). Esta “pasividad” ha venido siendo explicada por factores como el miedo, la dependencia psicológica, la falta de recursos económicos o la preocupación por los hijos (Fanslow y Robinson, 2004). Sin embargo, los resultados de estudios recientes informan

que por lo general, las mujeres buscan ayuda para salir de la situación de violencia, recurriendo a una amplia variedad de servicios sanitarios, legales o socio-comunitarios (Duterte, Bonomi, Kernic, Schiff, Thompson, y Rivara, 2008; Ingram, 2007; Ruiz-Pérez, Mata-Pariente y Plazaola-Castaño, 2006), considerándose hoy, la búsqueda de ayuda externa, como un factor clave para poner fin a la violencia. En un estudio previo que analizó a 1.469 mujeres con una historia de violencia por una pareja, la gran mayoría había llevado a cabo alguna acción para resolverlo y sólo un 13% de mujeres no habían realizado ningún intento de poner fin a la violencia o no sabían cómo afrontarla (Montero et al., 2012).

Este proceso, desde la toma de conciencia, la decisión de pedir ayuda y dónde, y finalmente poner fin a la relación de violencia, es largo y complejo, con “Ups and Downs” habiéndose propuesto diferentes marcos teóricos para describir el proceso de cambio en las mujeres maltratadas (Cluss et al., 2006; Landenburger, 1989; Liang, Goodman, Tummala-Narra y Weintraub, 2005).

Pero la violencia, según algunos autores, no siempre se convierte en un hábito estable (Hilton y Harris, 2005), de hecho, en un estudio más reciente en población general, sobre la continuidad de la violencia marital en mujeres víctimas y hombres agresores, muestran que en el 50% de los casos la violencia había cesado o había disminuido en intensidad durante los últimos tres años (Sonis y Langer, 2008).

Si bien la búsqueda de ayuda es un factor importante para poner fin a la violencia, ésta está condicionada por una serie de factores tanto internos como externos que están fuera del control de las mujeres, como las actitudes sociales, la disponibilidad de recursos comunitarios (Gondolf, 2002), el acceso a recursos económicos (Logan, Shannon, Walker, 2005), el apoyo social (Escribà-Agüir et al., 2010), o la ayuda legal (Duterte et al., 2008; Ingram, 2007). De acuerdo con los resultados de algunos autores, cuando la agresiones físicas y sexuales llegan a

ser graves, las mujeres tienden a buscar ayuda y separarse del agresor, al menos de forma temporal (Ellsberg, Winkvist, Peña y Stenlunda, 2001).

Desde el año 2004 contamos en España con la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, sobre Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (B.O.E. núm. 313, de 29 de diciembre), una ley de atención integrada que ha permitido una mayor visibilidad del problema, un incremento de la intolerancia de la sociedad hacia la violencia contra las mujeres, un desarrollo considerable de recursos educativos, sociales y de atención a las mujeres maltratadas, junto con medidas legales específicas. A pesar de los esfuerzos y los mayores recursos, el número de femicidios continúan, aunque observándose una tendencia lentamente descendente pasando de 72 casos en el 2004 a 53 en el año 2013 (MSPS, 2013).

Con los resultados anteriores y dado que la violencia una vez iniciada tiende a ser más frecuente y más grave, así como cuando se prolonga en el tiempo sus consecuencias en la salud son mayores, con este **segundo estudio** nos planteamos identificar los factores asociados al cese de la violencia en mujeres de diferentes contextos socioeconómicos, con diferentes experiencias de maltrato, así como sus propias respuestas para afrontarla, que puedan predecir el riesgo de continuidad y contribuir al diseño de nuevas estrategias más efectivas para facilitar que las mujeres puedan poner fin a la relación de violencia.

Los estudios que forman la presente Tesis Doctoral son pioneros en España y aportan una información que viene a llenar un vacío en el marco teórico de la violencia por parte del compañero íntimo.

METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

Los estudios que presentamos toman para su análisis la base de datos de un proyecto coordinado que se llevo a cabo por seis equipos de investigación españoles y fue financiado por el Instituto de Salud Carlos III (1/06-36) y aprobado por los Comités Éticos de las diferentes instituciones a las que pertenecen los integrantes del equipo investigador. El objetivo del mismo fue el de estimar la prevalencia de la violencia ejercida por una pareja masculina contra las mujeres adultas (18 y 70 años) que acudieron durante 2006-2007 a los servicios de atención primaria (AP) por cualquier motivo de consulta, así como evaluar las consecuencias que ésta ejerce en la salud y otros aspectos asociados a la misma. Teniendo en cuenta que los trabajos que presentamos para optar al título de Doctor comparten la misma metodología, presentamos este apartado conjuntamente para evitar duplicaciones.

Muestra

Su diseño muestral fue estratificado y polietápico, con una muestra representativa por Comunidad Autónoma (CA) incluyendo las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla de forma agrupada. La primera variable de estratificación fue la provincia y las unidades primarias de muestreo los municipios, los cuales se agruparon en estratos de acuerdo con el tamaño poblacional. Las unidades secundarias de muestreo fueron los centros de AP de los municipios. Las unidades terciarias fueron las consultas de los centros y las unidades finales de muestreo las mujeres que acudían a las consultas, elegidas aleatoriamente, siguiendo un procedimiento similar en cada consulta, según la hora de la cita. Para un nivel de confianza del 95%, una prevalencia de violencia vida esperada del 30%, un error muestral de $\pm 4\%$ y un efecto de diseño de 1,35, se fijó el tamaño de la muestra en 656 mujeres por CA, 11.808 mujeres en total.

Dado que la muestra global no es proporcional al tamaño de la población en las diferentes provincias de España, se utilizan los pesos en todos los análisis para tener en cuenta la distinta probabilidad de inclusión en el estudio de mujeres de diferentes provincias.

Variables estudiadas e instrumentos de medición

Se diseñó un cuestionario estructurado y auto administrado específicamente para este proyecto, que incluía 27 preguntas con diferentes ítems y cuya duración estimada no sobrepasaba los 15 minutos. A continuación se presentan las variables incluidas en el proyecto coordinado.

Variables relacionadas con la VCI

Dado que el proyecto pretendía conocer tanto la prevalencia de la VCI en el pasado, en el presente y a lo largo de la vida así como analizar sus consecuencias en salud en función de la temporalidad, esta información se recogió como:

a) *VCI en el último año*. Esta variable se midió con el instrumento Index of Spouse Abuse (ISA), adaptado y validado en España, que obtuvo una excelente consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach=0,85 para la violencia física y 0,94 para la violencia psicológica) (Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez, Escribà-Agüir, Jiménez-Martín y Hernández-Torres, 2009). Contiene 30 ítems agrupados en 2 escalas independientes: violencia psicológica (22 ítems) y violencia física (8 ítems, 2 de los cuales se refieren a actos de violencia sexual). Las puntuaciones para cada una de las escalas oscilan entre 0 y 100, y cuanto mayor es la puntuación más grave es el maltrato. Los puntos de corte para las escalas de violencia psicológica y física son 14 y 6 respectivamente, de manera que aquellas mujeres con puntuaciones superiores a los puntos de corte son consideradas maltratadas psicológica y/o físicamente.

b) *VCI previamente al último año*. Se preguntaba si en el pasado, es decir, previamente al último año, su pareja le había maltratado físicamente (abofeteado, empujado o golpeado,

etc.), psicológicamente (insultado, humillado ante otras personas, asustado, gritado o controlado, etc.), y/o sexualmente (forzado a tener relaciones sexuales cuando no quería u obligarle a hacer algún acto sexual que consideró desagradable, etc.). Estas preguntas tenían 3 posibles respuestas: “muchas veces”, “a veces” y “nunca”. La formulación de estas 3 cuestiones está basada en escalas estandarizadas y ampliamente utilizadas, como el Abuse Assessment Screen (McFarlane, Parker, Soeken y Bullock, 1992) y el Woman Abuse Screening Tool (Brown, Lent, Brett, Sas y Pederson, 1996), y fueron utilizadas en estudios previos (Ruiz-Pérez et al., 2006a; Ruiz-Pérez et al., 2006b), demostrando ser de fácil manejo y alta comprensión y aceptabilidad en mujeres usuarias de centros de salud. Se consideraba que la mujer sufría “maltrato previamente al último año” si respondía “muchas veces” o “a veces” a alguna de las 3 preguntas.

c) *VCI alguna vez en la vida*. Se considera que una mujer ha sido maltratada por su pareja alguna vez en la vida si puntúa positivo en alguna pregunta de violencia previa al último año y/o en la escala de violencia física y/o psicológica del ISA.

d) *Tipología de maltrato alguna vez en la vida*. Las mujeres podían sufrir a lo largo de su vida uno o varios de los siguientes maltratos: físico (se considera que ha sido maltratada físicamente si puntúa positivo en la escala de violencia física del ISA y/o en las preguntas de violencia física previamente al último año), sexual (se considera que ha sido maltratada sexualmente si puntúa positivo en las preguntas de violencia sexual previamente al último año) y psicológico (se considera que ha sido maltratada psicológicamente si puntúa positivo en la escala de violencia psicológica del ISA y/o en la pregunta de violencia psicológica previamente al último año).

Las mujeres que contestaban haber sido maltratadas por su pareja alguna vez en la vida se les pidió que respondieron además a las siguientes preguntas: la edad de inicio, su duración y si habían buscado alguna ayuda formal o informal para intentar poner fin a la

relación de violencia. El cuestionario incluía preguntas relacionadas con su salud en el último año, el uso de servicios sanitarios en los últimos seis meses, así como la información referente a las características socio demográficas (edad, estado civil, hijos a cargo, situación laboral, nivel de estudios, nivel de ingresos y país de origen). Además se formulaba una pregunta sobre el apoyo social tangible.

Procedimiento

Se solicitó la colaboración del personal médico, en concreto de 989 profesionales y 605 (61,2%) de 547 centros aceptaron. El principal motivo de rechazo fue la carga asistencial.

La información se recogió tras finalizar la consulta, y tras informarle del objetivo del estudio y dar su consentimiento para participar, se le entregaba el cuestionario en un sobre cerrado y una vez cumplimentado lo introducía de nuevo en el sobre que depositaba en una urna. El sobre contenía un listado con los recursos disponibles en la provincia, así como direcciones de asociaciones de mujeres o teléfonos de dispositivos de ayuda a mujeres maltratadas.

Se puso especial énfasis en la confidencialidad y el anonimato de las respuestas. Todo el proceso de recogida de información estuvo apoyado por la supervisión telefónica de las técnicas de cada uno de los grupos de investigación con el fin de estandarizar y homogeneizar todo el complejo proceso de recogida de los datos. Este procedimiento ya fue utilizado en 2 estudios previos, mostrando su viabilidad (Ruiz-Pérez et al., 2006a; Ruiz-Pérez et al., 2006b).

Se consideraron como criterios de exclusión, el no saber leer, no conocer el idioma y el venir acompañada por su pareja, de acuerdo a las Normas Éticas y de Seguridad para la Investigación sobre Violencia Doméstica” recomendadas por la OMS (WHO ,1999).

En la figura 1 se expone el procedimiento de selección hasta llegar a la muestra final. 16.419 mujeres fueron invitadas a participar, el 27,2% rechazaron la participación alegando no

tener tiempo para cumplimentar el cuestionario o no llevar las gafas de lectura; el 2,8% fueron eliminados por estar incompletos y el 7% porque eran mujeres que no han tenido una pareja masculina a lo largo de su vida. Por tanto, la muestra final está constituida por 10.322 mujeres.

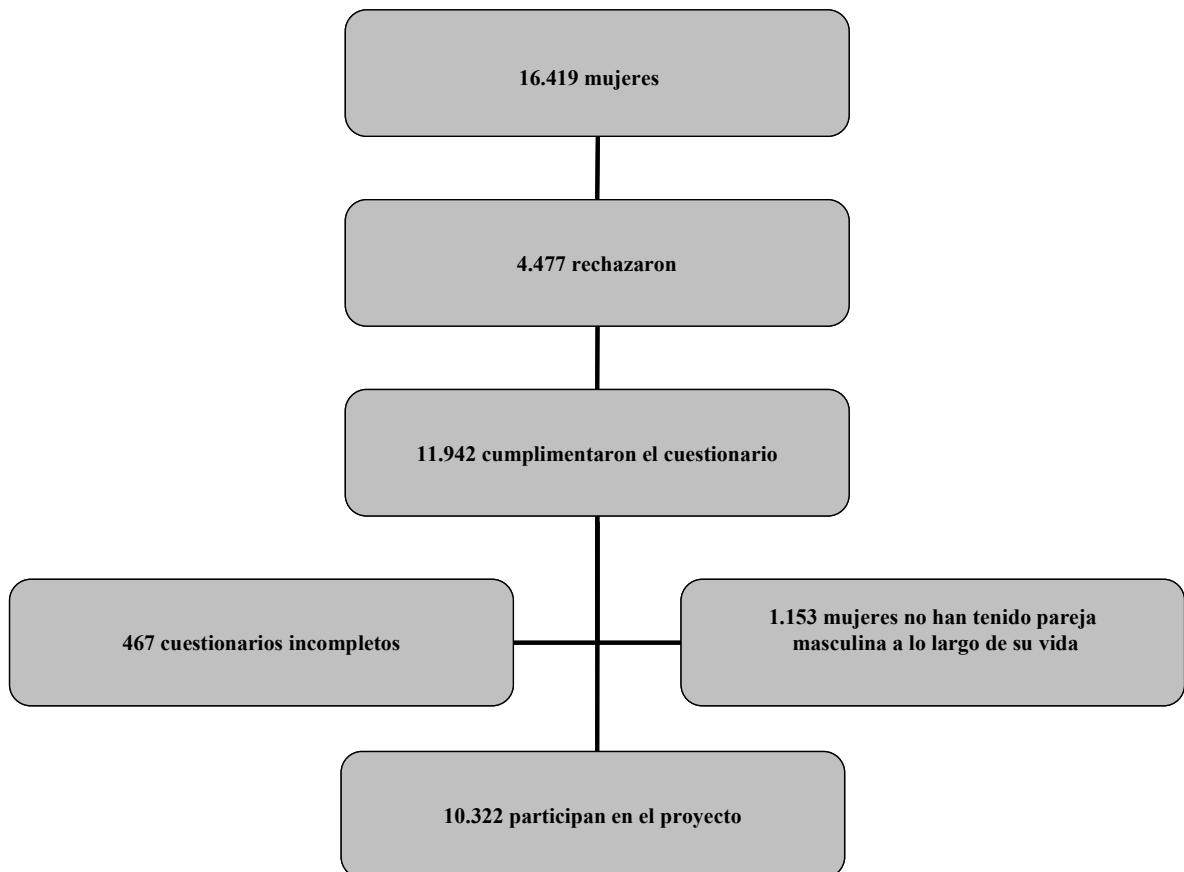


Figura 1. Selección de las mujeres que participan en el proyecto (N=10.322)

Artículo 1

Intimate partner violence in older women in Spain: Prevalence, health consequences and service utilization

Artículo 1:

Journal of Women & Aging, 25:358–371, 2013
Copyright © Taylor & Francis Group, LLC
ISSN: 0895-2841 print/1540-7322 online
DOI: 10.1080/08952841.2013.838854



Intimate Partner Violence in Older Women in Spain: Prevalence, Health Consequences, and Service Utilization

ISABEL MONTERO

Department of Medicine, University of Valencia, Valencia, Spain

DAVID MARTÍN-BAENA

CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, Spain

VICENTA ESCRIBÀ-AGÜIR

Public Health Research Centre, Valencia, Spain

ISABEL RUIZ-PÉREZ

Andalusian School of Public Health, Grenada, Spain

CARMEN VIVES-CASES

Department of Public Health, University of Alicante, Alicante, Spain

MARTA TALAVERA

Department of Experimental and Social Sciences, University of Valencia, Valencia, Spain

Artículo 1

OBJETIVOS

Objetivos

Los objetivos de este estudio fueron:

- a) Estimar la prevalencia de VCI, su tipología y su duración, en mujeres españolas entre 55 y 70 años, que acuden a centros de atención primaria por cualquier motivo de consulta.
- b) Analizar el efecto que tienen las diferentes tipologías de la VCI, así como su duración, en la salud de las mujeres.
- c) Evaluar el efecto de la violencia física y psicológica y la duración de la relación de violencia sobre la utilización de los servicios sanitarios.

Metodología

Muestra

Se seleccionaron sólo a las mujeres que tenían entre 55 y 70 años en el momento de la recogida de datos, por lo que la muestra final se compone de 1.676 mujeres.

Variables

A continuación se definen las variables consideradas pertinentes para este estudio

1. Variables Explicativas

1.1 Tipología de la VCI

En aquellos casos donde la respuesta a la pregunta, si alguna vez una pareja masculina marido, ex-marido, pareja o ex-pareja había ejercido algún tipo de violencia sobre ella, se tuvo en cuenta todas las combinaciones posibles (sólo física; sólo sexual; sólo psicológica; física y psicológica; física y sexual; sexual y psicológica; física, sexual y psicológica). Por coherencia con la literatura se agrupó la violencia física y sexual en una sola categoría, por lo que para los análisis de regresión se categorizó en: sólo física (física y sexual), sólo psicológica y ambas (física y psicológica).

1.2 Duración de la VCI

Dada la importancia de la duración de la VCI en la salud, se incluyeron los años de duración de la misma. Se categorizó en <10 años, 11-20 años, 21-30 años y >30 años.

2. Variables Resultado

2.1 Variables de salud

- a) Malestar psicológico: Se utilizó la versión española del cuestionario “General Health Questionnaire (GHQ-12)” (Sánchez-López y Dresch, 2008), que presenta una buena consistencia interna en población general (coeficiente alfa de Cronbach = 0,86) y también en población mayor de 65 años (coeficiente alfa de Cronbach = 0,90) (Rocha, Pérez, Rodríguez-Sanz, Borrell y Obiols, 2011). El punto de corte se estableció en 3, de acuerdo a la literatura (Gispert, Rajmil, Schiaffino y Herdman, 2003), considerando <3 ausencia de malestar psicológico, ≥ 3 = presencia de malestar psicológico.
- b) Problemas de salud somática en el último año: jaquecas, migrañas o dolores de cabeza; molestias de riñón o urinarias; problemas digestivos; dolores o molestias de cuello, hombro, espalda o cintura; trastornos menstruales o ginecológicos. Las respuestas se clasificaron en (0) ninguno y (1) uno o más problemas de salud.
- c) Consumo de medicamentos en el último año: tranquilizantes antidepresivos y/o analgésicos, siendo las respuestas (0) no consumo de fármacos, (1) consumo de fármacos.

2.2 Uso de servicios sanitarios

Se contempló la utilización de servicios sanitarios en los últimos 6 meses: servicio de urgencias, centro de atención primaria, centros de especialidades y hospitalización. Si la respuesta fue positiva para algún servicio, se preguntaba por el número de consultas realizadas en los últimos 6 meses. Teniendo en cuenta la estrategia de recogida de datos, todas las mujeres contaban con al menos una consulta al centro de atención primaria. En el caso de hospitalización se tuvo en cuenta la ocupación de una cama hospitalaria independientemente del número de días de ingreso.

3. Variables de Ajuste

Al haberse demostrado una relación entre la VCI y diferentes variables socio demográficas, tales como la edad, estado civil, nivel educativo, país de origen, ingresos económicos, y apoyo social, estas variables han sido tratadas como variables de confusión (Romans, Forte, Cohen, Du Mont y Hyman, 2007; Romito, Molzan y De Marchin, 2005; Ruiz-Pérez et al., 2006c).

El apoyo social ha sido medido a través de una pregunta que valora la disponibilidad de un apoyo tangible en una situación concreta (Blake y McKay, 1986); “¿Con cuantas personas puede Vd. contar cuando tiene un problema o alguna dificultad?” Las respuestas se codificaron en variables dicotómicas con valores 0= no (no puedo contar con nadie) y 1= si (una o más personas).

Análisis estadístico

Se estimó la prevalencia de la VCI, su frecuencia para cada tipo de abuso: físico, sexual y psicológico y la proporción de mujeres que contestaron haber tenido más de algún tipo de abuso. En segundo lugar, se calculó su impacto en la salud de las mujeres de mediana edad y mayores para cualquier tipo de violencia a lo largo de su vida, considerando su tipología y los años de duración. Teniendo en cuenta el bajo número de mujeres que contestaron haber sufrido solo VCI física o sexual, y por coherencia con la literatura internacional, agrupamos ambas en violencia física, quedando finalmente esta variable categorizada como: física, psicológica y ambas (física y psicológica). El impacto en la salud de las mujeres expuestas se analizó a través de un análisis de regresión logística, ajustando las odds ratios (OR) por las variables de confusión. Y por último, para valorar la predicción del incremento del uso de cada uno de los servicios sanitarios, que pueda ser atribuido estadísticamente a los tipos de

violencia y la duración de la misma, se llevaron a cabo modelos de regresión lineal. Todos los análisis se realizaron con el programa SPSS 18.0.

Artículo 1

RESULTADOS

Resultados

Características sociodemográficas

De las 1.676 mujeres estudiadas, el 29,4% ha sufrido VCI alguna vez en la vida, destacando el grupo de las mujeres en el tramo de menor edad, de 55 a 59 años, donde el porcentaje se incrementa hasta el 49%; es decir, casi la mitad en este estrato de edad, y reduciéndose conforme aumenta la misma. Al comparar las características sociodemográficas entre el grupo de mujeres con una historia de VCI y aquellas sin historia de VCI, en las primeras predominan las mujeres separadas/divorciadas (25,7%), con ingresos más bajos (42,6% de $\leq 1.200\text{€}$ al mes), con menos apoyo social y extranjeras (Tabla 1).

Tabla 1. Características socio demográficas de mujeres de 55 y 70 años, con una historia de violencia por un compañero íntimo (VCI) y aquellas sin historia de VCI (n=1.676).

Características	No, VCI alguna vez en la vida (n=1.184)	VCI alguna vez en la vida (n=492)	P-Valor
	n (%)	n (%)	
Edad (años)			0.07
55-59 años	515 (43.5)	241 (49.0)	
60-64 años	378 (31.9)	151 (30.8)	
65-70 años	291 (24.6)	100 (20.3)	
Estado civil			<0.001
Casada	1.005 (85.0)	312 (63.4)	
Soltera	24 (2.0)	3(0.7)	
Separada/Divorciada	37 (3.1)	127 (25.7)	
Viuda	116 (9.8)	50 (10.2)	
Hijos a cargo			0.81
No	609 (52.7)	255 (53.3)	
Si	546 (47.3)	223 (46.7)	
Situación laboral			<0.001
Tareas del hogar	642 (54.8)	212 (43.2)	
Empleada	325 (27.8)	179 (36.4)	
Jubilada	205 (17.5)	100 (20.4)	
Nivel de estudios			0.11
Primaria	711 (60.9)	286 (58.8)	
Secundaria	274 (23.5)	136 (27.9)	
Universitarios	183 (15.6)	65 (13.3)	
Ingresos mensuales (€)			<0.001
≤ 1.200	317 (28.8)	201 (42.6)	
1.201-2.500	549 (49.8)	207 (43.8)	
>2.500	236 (21.4)	64 (13.6)	
Apoyo social			<0.001
No	19 (2.0)	28 (6.5)	
Si	939 (98.0)	406 (93.5)	
País de origen			<0.001
España	1.160 (98.5)	465 (94.7)	
Otros	17 (1.5)	26 (5.3)	

VCI= Violencia por compañero íntimo.

Prevalencia y duración de la VCI

Entre las 492 mujeres con una historia de VCI, el 13,7 % había contestado haber experimentado más de un tipo de maltrato (el 5,2% dos tipos y el 8,5% tres tipos). La tipología prevalente es el maltrato psicológico (9,0% sólo y 8,5% en combinación con físico y sexual), seguido del sólo físico (2,7%) y sólo sexual (2,4%). La duración media del maltrato es de 21 años, con un porcentaje de 6.4% de mujeres que superaban los 20 años (Tabla 2).

Tabla 2. Prevalencia, tipología y duración de la VCI en mujeres de mediana edad y mayores (n=1.676).

	n (%)
No, VCI alguna vez en la vida	1.184 (70.6)
VCI, alguna vez en la vida ^a	492 (29.4)
Tipología	
Sólo física	46 (2.7)
Sólo sexual	41 (2.4)
Sólo psicológica	149 (9.0)
Física + Psicológica	35 (2.0)
Física + Sexual	3 (0.1)
Sexual + Psicológica	53 (3.1)
Física + Sexual + Psicológica	143 (8.5)
Duración (años)	
< 10 años	250 (14.9)
11-20 años	58 (3.5)
21 30 años	45 (2.7)
> 30 años	62 (3.7)
Media (dt)	21.2 (13.2)

^a Valores perdidos.

VCI= Violencia por compañero íntimo

dt: desviación típica.

Estado de salud

Las mujeres de mediana edad y mayores que han sufrido VCI a lo largo de su vida tienen peor estado de salud (física y mental) y consumen más fármacos que las que no la sufren. Los odds ratio mayores, identificados por tipología de maltrato, son presentados por

mujeres víctimas de una combinación de maltrato físico y psicológico, con una probabilidad tres veces mayor de malestar psicológico (OR=3.49 (2.40-5.06)) y de consumir tranquilizantes y/o antidepresivos (OR=3.26 (2.29-4.65)) que las mujeres sin historia de violencia. Las mujeres que sufren violencia sólo psicológica, presentan casi tres veces más probabilidad de sufrir malestar psicológico (OR=2.94 (1.97-4.38)). Respecto a las mujeres que sufren violencia sólo física (física y sexual) presentan casi dos veces más probabilidad de malestar psicológico (OR=1.93 (1.14-3.28)) y aunque no ha resultado estadísticamente significativo, por pocos efectivos, tres veces más probabilidad de problemas somáticos (OR=3.17 (0.88-11.3)) (Tabla 3).

La duración del maltrato ha resultado estadísticamente relacionada con el consumo de tranquilizantes y/o antidepresivos, así, cada año de abuso incrementa 1.02 veces la probabilidad de consumir tranquilizantes y/o antidepresivos (Tabla 3).

Tabla 3. Indicadores de salud en mujeres de mediana edad y mayores que han sufrido VCI alguna vez en la vida. ^a

	Malestar Psicológico	Problemas de salud física	Consumo de tranquilizantes y/o antidepresivos	Consumo de analgésicos
	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)	OR (IC 95%)
VCI alguna vez en la vida	2.98** (2.27-3.91)	2.03* (1.21-3.41)	2.27** (1.75-2.94)	1.68** (1.27-2.22)
Sólo física (física o sexual)	1.93* (1.14-3.28)	3.17 (0.88-11.3)	1.42 (0.85-2.38)	1.13 (0.68-1.88)
Sólo psicológica	2.94** (1.97-4.38)	1.86 (0.88-3.93)	1.73* (1.18-2.52)	1.70* (1.12-2.58)
Ambas (física y psicológica)	3.49** (2.40-5.06)	1.78 (0.89-3.55)	3.26** (2.29-4.65)	1.99* (1.34-2.94)
Duración de VCI (años)	0.99 (0.96-1.02)	1.05 (0.99-1.11)	1.02* (1.00-1.05)	1.01 (0.99-1.04)

No VCI alguna vez en la vida es el grupo basal para todos los modelos.

^a Todos los modelos se ajustaron por estado civil, nivel de educación, ingresos mensuales, apoyo social y país de origen.

*p-valor<0.05; **p-valor<0.001.

VCI= Violencia por compañero íntimo. OR=Odds ratios. IC=intervalo de confianza.

Uso de servicios sanitarios

Los resultados del modelo de regresión lineal múltiple indican que las mujeres víctimas de VCI incrementan la frecuentación de consultas a atención primaria en comparación con las mujeres que no son víctimas de VCI ($\beta=0.09$). Llama la atención que las mujeres que han experimentado sólo maltrato psicológico hacen un mayor uso de los servicios de urgencias ($\beta=0.13$), pero además, frecuentan más los servicios de atención primaria ($\beta=0.11$), resultado significativo, y que es incluso superior al encontrado en las mujeres que han experimentado ambos tipos de maltrato (físico y psicológico) que hacen un uso mayor de los servicios de atención primaria ($\beta=0.07$). Destacar cómo las consultas al médico especialista ($\beta=0.27$) se incrementan en función del número de años al que están expuestas las mujeres a una relación de violencia (Tabla 4).

Tabla 4. Uso de los servicios sanitarios por mujeres de mediana edad y mayores que han sufrido VCI alguna vez en la vida. ^a

	Centro de atención primaria	Centro de especialidades	Servicio de urgencias	Hospital
	β (R^2)	β (R^2)	β (R^2)	β (R^2)
VCI alguna vez en la vida	0.09* (0.05)	0.01 (0.01)	0.10 (0.05)	0.02 (0.02)
Sólo física (física o sexual)	0.01 (0.04)	0.01 (0.01)	0.08 (0.07)	0.13 (0.02)
Sólo psicológica	0.11** (0.06)	0.01 (0.01)	0.13* (0.10)	0.06 (0.01)
Ambas (física y psicológica)	0.07* (0.04)	0.01 (0.01)	0.04 (0.04)	0.12 (0.06)
Duración de VCI (años)	0.08 (0.09)	0.27* (0.22)	0.11 (0.41)	0.10 (0.41)

^a Todos los modelos se ajustaron por estado civil, nivel de educación, ingresos mensuales, apoyo social y país de origen.

*p-valor<0.05; **p-valor<0.001.

VCI=Violencia por compañero íntimo. β = Beta, coeficiente estandarizado. R^2 proporción de varianza explicada por el modelo.

Artículo 1

DISCUSIÓN

Discusión

Nuestros resultados muestran que cerca del 30% de las mujeres de entre 55-70 años que acuden a los centros de atención primaria han sido maltratadas por una pareja masculina en algún momento de su vida adulta y que en un alto porcentaje este maltrato duro más de 20 años. Esta estimación en mujeres españolas de mediana edad y mayores, es muy similar a la encontrada en la “Macro encuesta de Violencia de Género 2011” (MSPS, 2011) que mostraba que el 29,8% de las mujeres de 50 años o más han sufrido algún tipo de maltrato por su compañero íntimo a lo largo de su vida. Si comparamos con estudios llevados a cabo en mujeres mayores fuera de nuestro entorno, algunos obtienen porcentajes similares (26,5%) (Bonomi et al., 2007), o superiores (35.5%) (Jones et al., 1999), o más bajos (18.1%) (Teaster, 2000). Esta variabilidad puede ser explicada porque los estudios emplean muestras con edades diferentes, además de la definición de la VCI y las herramientas de medida utilizadas (García-Moreno et al., 2006).

Se confirma que en las mujeres mayores el tipo de abuso más frecuente es el psicológico, lo que es coherente con lo encontrado por otros autores, que afirman que mientras la violencia física y sexual tiende a disminuir con la edad (Rennison, 2001; Rennison y Rand, 2003), la psicológica aumenta en frecuencia y gravedad (Daly, Hartz, Stromquist, Peek-Asa y Jogerst, 2008; Fisher y Regan, 2006; Lundy y Grossman, 2004). Las mujeres mayores, a menudo sufren abusos por varias parejas a lo largo de sus vidas y algunas describen este abuso, en el transcurso de décadas, como un aumento de las conductas de control sobre ellas (Hightower, Smith y Hightower, 2006).

Las mujeres que sufren más de un tipo de VCI tienen un impacto mayor en su salud que las mujeres que presentan sólo violencia física o sólo violencia psicológica, por lo que es posible que la magnitud de la relación entre la violencia y los efectos negativos en salud se incrementen en función del número de tipologías que se suman (Mcnutt, Carlson, Persaud y

Postmus, 2002).

Teniendo en cuenta la naturaleza de las agresiones que caracterizan a ambos tipos de violencia, es plausible que la continua humillación, las amenazas y las conductas de control, puedan afectar más al bienestar psicológico y a la salud mental, mientras que conductas como pegar, empujar o forzar a una relación sexual pueden estar asociadas a una mayor probabilidad de problemas de salud somática crónicos. Del mismo modo, la activación de la respuesta fisiológica a la situación de estrés severo y las consecuencias de las agresiones físicas y sexuales pueden explicar, en parte, la alta frecuencia de problemas y quejas somáticas en mujeres que sufren violencia física (física y sexual) (Campbell et al., 2002).

En este artículo se evidencia una correlación positiva entre la violencia y el uso de servicios de atención primaria, especialmente significativo en el caso de las mujeres que experimentan una combinación de diferentes tipos de maltrato y en el caso de mujeres que experimentan sólo violencia psicológica. La literatura documenta que el abuso psicológico persistente es un buen predictor del miedo, y este miedo es mayor que en el caso de la violencia sólo física (Baker, LaCroix, Wu, Cochrane, Wallace y Woods, 2009), lo que se viene asociando a una peor salud física y mental, así como a limitaciones en el funcionamiento social (Shugarman, Fries, Wolf y Morris, 2003). Estas consecuencias negativas en la salud pueden explicar el por qué las mujeres con una historia de abusos psicológicos mantenida en el tiempo sean usuarias más frecuentes de aquellos servicios más accesibles, como atención primaria y servicios de urgencias.

Nuestro estudio confirma que cuando la duración de la exposición a la VCI aumenta, se incrementa la frecuencia de la utilización de los servicios sanitarios especializados, que en nuestro caso incluyen servicios de salud mental. Así mismo el consumo de tranquilizantes y antidepresivos se correlaciona también positivamente con la duración del maltrato. Cuando el abuso persiste en el tiempo, la salud mental de la mujer se ve afectada por diferentes

respuestas emocionales como la falta de esperanza y la baja autoestima, que constituyen barreras que impiden poner fin a la relación de violencia (Montero, et al., 2010).

Limitaciones

A pesar de sus limitaciones, este estudio aporta una importante información sobre la prevalencia de la violencia por un compañero íntimo en mujeres españolas mayores de 55 años, sus efectos relacionados con la salud y el uso que estas mujeres hacen de los servicios sanitarios. Debemos de tener presente que al excluir a las mujeres que acudían al centro de salud acompañadas por su pareja, es posible que se hayan quedado fuera un número indeterminado de mujeres expuestas a un mayor control y maltrato por parte de su pareja, por lo que las OR podrían estar infra estimadas. Dada la asociación encontrada en estudios previos sobre la VCI e indicadores socioeconómicos bajos, y teniendo en cuenta que las participantes en el estudio debían completar un cuestionario escrito, se excluyeron mujeres iletradas y aquellas que no conocían el idioma, por lo que la exclusión de estas mujeres puede llevar a un sesgo de selección y por tanto los odds ratio podrían haber sido más elevados que los encontrados.

La utilización de un cuestionario auto administrado puede comprometer la validez, aunque debemos de tener presente que las mujeres no suelen desvelar la violencia ejercida por su pareja, en especial las mujeres mayores (Garre-Olmo et al., 2009). En España, donde la familia juega un papel muy importante, la ausencia de respuesta a las preguntas de violencia puede ser aun mayor en esta muestra de mujeres de mediana edad y mayores, lo que significa que en el grupo de las no VCI puedan estar incluidas mujeres que han estado expuestas. Por lo tanto, las diferencias observadas en el estado de salud y en el uso de los servicios sanitarios entre las expuestas y no expuestas son estimaciones conservadoras. Teniendo en cuenta el Sistema de Atención Sanitaria Español, los resultados de este estudio no pueden generalizarse a otros sistemas sanitarios con diferente estructura.

Implicaciones clínicas y de política sanitaria

La prevalencia de enfermedades crónicas en mujeres mayores o quejas somáticas crónicas, incluido el dolor, o síntomas de depresión o de ansiedad así como una alta frecuentación de los servicios de salud, deberían suscitar preguntas sobre un posible maltrato. Los profesionales, especialmente los médicos de atención primaria, deben de poder identificar potenciales señales de abuso, y a la hora de intervenir tener en cuenta los valores generacionales de estas mujeres y entender cómo esos valores pueden influir a la hora de su toma de decisión. Para las mujeres maltratadas de mediana edad y mayores debe ser una necesidad el implementar programas de empoderamiento así como incrementar los recursos económicos y de apoyo social.

Artículo 1

ORIGINAL

Journal of Women & Aging, 25:358–371, 2013
Copyright © Taylor & Francis Group, LLC
ISSN: 0895-2841 print/1540-7322 online
DOI: 10.1080/08952841.2013.838854



Intimate Partner Violence in Older Women in Spain: Prevalence, Health Consequences, and Service Utilization

ISABEL MONTERO

Department of Medicine, University of Valencia, Valencia, Spain

DAVID MARTÍN-BAENA

CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, Spain

VICENTA ESCRIBÀ-AGÜIR

Public Health Research Centre, Valencia, Spain

ISABEL RUIZ-PÉREZ

Andalusian School of Public Health, Grenada, Spain

CARMEN VIVES-CASES

Department of Public Health, University of Alicante, Alicante, Spain

MARTA TALAVERA

Department of Experimental and Social Sciences, University of Valencia, Valencia, Spain

The purpose of this study is to estimate the prevalence of lifetime intimate partner violence (IPV) in older women and to analyze its effect on women's health and Healthcare Services utilization. Women aged 55 years and over (1,676) randomly sampled from Primary Healthcare Services around Spain were included. Lifetime IPV prevalence, types, and duration were calculated. Descriptive and multivariate procedures using logistic and multiple lineal regression models were used. Of the women studied, 29.4% experienced IPV with an average duration of 21 years. Regardless of the type of IPV experienced, abused women showed significantly poorer health and higher healthcare services utilization compared to women who had never been abused. The high prevalence detected long standing duration, negative health impact, and

Address correspondence to Isabel Montero, University of Valencia, Psychiatric Unit, Avda Blasco Ibañez 15, 46010, Valencia, Spain. E-mail: isabel.montero@uv.es

high healthcare services utilization, calling attention to a need for increased efforts aimed at addressing IPV in older women.

KEYWORDS intimate partner violence, age, women's health, healthcare utilization

INTRODUCTION

There has been an increasing awareness of elder abuse as a serious social problem over the last 10 to 20 years, with detrimental health effects for victims (Schofield & Mishra, 2004). Until recently, information regarding violence against older women by an intimate partner was gathered from research conducted on elder abuse (Fisher et al., 2003) whereby most of those previous studies did not clearly distinguish abuse perpetrated by spouses from abuse perpetrated by significant others, such as relatives or caregivers (Lachs & Pillemer, 1995). The most common type of violence against women is intimate partner violence (IPV), which refers to any behavior within an intimate relationship that causes physical, psychological, or sexual harm to those in the relationship (World Health Organization [WHO], 2002). A previous large-population study on elder abuse found that 59% of the perpetrators were spouses (Pillemer & Finkelhor, 1988) and another study carried out on services for victim protection revealed that 56% of adult victims of violence were women over 65 years of age, indicating that in 30% of the cases the perpetrator was an intimate partner (Teaster, 2000).

At the beginning of 2000, a growing body of research focused on the violence perpetrated by an intimate partner in older women (Mouton et al., 2004; Fritsch, Tarima, Caldwell, & Beaven, 2005; Bonomi et al., 2007). Findings of a previous study concluded that the risk of IPV is higher in younger women (aged 20 to 30) and tends to decline with age (Rivara et al., 2009). Other studies, however, found that women experienced significantly more threats and physical mistreatment from the age of 55 (Zink & Fisher, 2006). A study among women over 55 found that physical and sexual IPV is less frequent in older than in younger women (Zink, Fisher, Regan, & Pabst, 2005), while another study revealed that the frequency among women over 65 is similar to the frequency detected among younger women (Bonomi et al., 2007). Those contradictions may be explained by the definition of violence and how this violence has been assessed, the culture, age distribution of the population studied, length of the observation period, and the sampling extraction methodology used (Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño, & Vives-Cases, 2007).

Currently, there is no doubt that women with any past or recent history of violence present worse health outcomes (Campbell, 2002; Ellsberg et al.,

2008; Montero et al., 2011) and show a greater use of healthcare services than those women with no history of IPV (Rivara et al., 2007; Bonomi, Anderson, Rivara, & Thompson, 2009). Although violence by an intimate partner is more frequent against “younger” elderly than women of a more advanced age (Moraes, Apratto Júnior, & Reichenheim, 2008), literature about health consequences of violence in older people is mainly focused on women of more advanced ages, specifically in women over age 65 (Cooper, Selwood, & Livingston, 2008).

Scarcely research has addressed the broader health implications of violence by an intimate partner in middle-aged and “younger” older women. Moreover, as most of the studies come from English speaking countries, even less is known about the IPV experience among women aged 55 and older living in Mediterranean countries. In an aging society where Spanish women have a life expectancy of 85 years (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2010) and where a significant number of older women have experienced violence by a partner, studying the impact of IPV on health and health services utilization seems to be of particular interest, given the potential for social isolation and functional impairments (Shugarman, Fries, Wolf, & Morris, 2003).

This study aims to: (a) estimate the lifetime prevalence of IPV, its typology, and duration among Spanish women aged 55 to 70 attending primary healthcare centres for any reason; (b) analyze the effect of physical and psychological IPV and duration on women’s health; (c) assess the effects of physical and psychological IPV and the duration of the violent relationship over the utilization of healthcare services.

METHODS

Data Source

This study used data from a national cross-sectional survey of adult women recruited during 2006–2007 from female patients seeking medical care for whatever reason in primary care services around the country (Ruiz-Pérez et al., 2010). The number of women invited to participate was 16,419, with a decline percentage of 27%. Women were excluded from the study if they were illiterate, did not understand Spanish, or had severe cognitive disabilities that impaired the completion of a written questionnaire. According to the ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women (WHO, 1999), females who attended the practice with a male partner were also excluded.

After excluding 1,153 questionnaires by women who reported never having had an intimate male partner and an additional 467 incomplete questionnaires, the final group comprised 10,322 women. As there has been a paucity of research on the experiences of victimization among “younger”

elderly, we selected women aged 55 to 70 and a final sample of 1,676 women was included in the present study.

Procedure and Data Collection

Women meeting the eligibility criteria were invited by the physician to participate after their medical consultation had finished. If they gave informed consent for participation, a self-administered questionnaire was given in an envelope which also contained information on available community resources for battered women in the area. Both confidentiality and anonymity were guaranteed at all times. This study was coordinated by six research groups across Spain and was approved by the Ethics Committee of each of the participating groups.

Variables

RELATED TO IPV

Women were asked if any male intimate partner (spouses, non-marital partners, former marital partners, and former non-marital partners) had abused them physically (hit, slapped, kicked, pushed, etc.), psychologically (threatened, insulted, humiliated, been extremely jealous, scared them, etc.), or sexually (forced them to have intercourse against their will) during their adult life. These three questions were used in previous studies showing high comprehensibility and acceptability (Ruiz-Pérez et al., 2006). If women reported any of the aforementioned types of abuse had occurred “sometimes” or “many times,” they were asked the number of years they experienced partner violence during their adult lifetime. Lifetime IPV was categorized as physical only (physical and/or sexual), psychological only (threats or controlling behavior), or both physical and psychological IPV.

HEALTH INDICATORS

Four health indicators were selected based on literature that examined the long-term negative consequences of violence: psychological distress, somatic complaints, use of tranquilizers and/or antidepressants, and use of analgesics.

Psychological distress. This was measured by the General Health Questionnaire (GHQ-12) which has been internationally validated (Duncan-Jones, 1979), and has been used extensively with women and in studies which analyze the consequences of violence in women’s health (Romito, Molzan, & De Marchi, 2005). The scale considers anxiety, depression, and self-esteem as experienced in the last month and contains 12 items with 4 possible responses. It provides a final continuous score between 0 and

12, and scores equal to or above 3 indicate the presence of psychological distress (Lobo & Muñoz, 1996).

Somatic complaints. The following physical health problems over the last twelve months were explored: headaches, migraines; kidney or urinary complaints; gastrointestinal disorders; neck, shoulder, or back pain; and menstrual and gynaecological problems. Somatic complaints were dichotomized into two categories: 0 = no somatic complaints, 1 = one or more somatic complaints.

Use of medication. Self-reported use of tranquilizers and/or antidepressants and analgesics over the last twelve months was recorded.

HEALTHCARE UTILIZATION

We determined women's healthcare services utilization during a six-month period including primary care, specialists' services, emergency room visits, and hospital admissions. If any of these health services were used, women were asked for the frequency over the last six months. Taking into account the selection strategy used, all women reported at least one primary care appointment. Hospital admission was taken into consideration if a woman occupied a hospital bed regardless of the number of days of hospitalization.

Adjusting Variables

Previous studies have shown a relationship between IPV and several socio-demographic factors, such as age, marital status, education, native country, monthly family income, and social support (Romito, Molzan, & De Marchin, 2005; Ruiz-Pérez et al., 2006; Romans, Forte, Cohen, Du Mont, & Hyman, 2007). Social support was measured by a question that appraised the availability of specific help for a particular situation (Blake & McKay, 1986), for example, "How many people can you really turn to when you have a problem or difficulty?" Answers were coded as a dichotomous variable of value 0 = *no* ("no one to turn to for support"); 1 = *yes* ("one person or more"). Therefore, these variables were considered in the analysis as potential confounders.

Statistical Analysis

We estimated lifetime prevalence of IPV, the frequency of each abuse type (physical, sexual, and psychological), and the proportion of women that reported more than one type of abuse. The Chi-square test was used to investigate possible differences between abused women and women who were never abused. Given the low number of women that experienced exclusively sexual or physical IPV, we grouped both types as physical IPV. Also, women who reported more than one type of abuse were grouped as "both" (physical and psychological). First, we calculated the health impact in midlife

and older women of any lifetime IPV, performing the analysis by type (physical, psychological, and both) and years of duration. A logistic regression model was fitted for each outcome variable. Odds ratios (OR) were adjusted for potential confounding factors. In order to assess the incremental prediction of each use of health services that could be attributed statistically to the types and duration of IPV, multiple linear regression models were conducted. All models were analyzed using SPSS Version 18.0 and all data analyses were performed in 2011.

RESULTS

Approximately 50% of abused women were 55 to 59 years old and 20.3% were above 65. Compared to non-abused women, those who experienced any history of abuse were more likely to be separated or divorced at the time of the study, had lower household incomes, less social support, and a larger proportion of them were not Spanish nationals (Table 1).

The prevalence of lifetime IPV, type and years of exposure are shown in Table 2. The percentage of women who reported IPV of any type (physical, sexual, and psychological) in their lifetime was 29.4%. Of those, 13.7% reported more than one type of IPV (5.2% two types and 8.5% three types). Psychological IPV only was more frequent (9.0%) among victims than physical IPV only (2.7%), or sexual IPV only (2.4%). The long duration of the violent relationship should be highlighted, lasting an average of 21 years, with 6.4% of the women reporting abuse lasting more than 20 years. Women 55 and older with a history of violence reported significantly poorer physical and mental health and higher use of medication than women with no such history. The impact was higher for women who reported a combination of physical and psychological IPV, especially for psychological distress (OR = 3.49, 2.35–5.19) and use of tranquilizers and/or antidepressant medication (OR = 2.24, 1.49–3.38). While women who reported psychological IPV only were nearly three times more likely to report psychological distress (OR = 2.94, 1.97–4.38), women who reported physical IPV only were three times more likely to report somatic complaints than women who were never abused, although for physical IPV, data did not reach statistical significance (OR = 3.17, 0.88–11.3). The likelihood to use tranquilizers and/or antidepressants is increased 1.02 times for each year of abuse suffered by a woman as compared to women who had never been abused (Table 3). Women with any history of IPV showed a positive correlation between IPV and the number of visits to primary care services. For women who reported a combination of physical and psychological IPV, the probability of increasing the number of visits to primary healthcare services was statistically significant ($\beta = .07$). Women who reported psychological IPV, without physical or sexual IPV, increased the number of visits to primary care centres ($\beta =$

TABLE 1 Socio-demographics Characteristics Among Women who Reported Lifetime IPV and Women who did not (n = 1,676)

Characteristics	No Lifetime IPV (n = 1,184)	Lifetime IPV (n = 492)	P-Value
	n (%)	n (%)	
Age (years)			.07
55-59 years	515 (43.5)	241 (49.0)	
60-64 years	378 (31.9)	151 (30.8)	
65-70 years	291 (24.6)	100 (20.3)	
Marital status			<.001
Married	1,005 (85.0)	312 (63.4)	
Unmarried	24 (2.0)	3 (0.7)	
Separated/Divorced	37 (3.1)	127 (25.7)	
Widowed	116 (9.8)	50 (10.2)	
Children			.81
No	609 (52.7)	255 (53.3)	
Yes	546 (47.3)	223 (46.7)	
Employment status			<.001
Housewife	642 (54.8)	212 (43.2)	
Employed	325 (27.8)	179 (36.4)	
Retired	205 (17.5)	100 (20.4)	
Education			.11
Primary	711 (60.9)	286 (58.8)	
Secondary	274 (23.5)	136 (27.9)	
University degree	183 (15.6)	65 (13.3)	
Monthly income (\$)			<.001
≤1,200	317 (28.8)	201 (42.6)	
1,201–2,500	549 (49.8)	207 (43.8)	
>2,500	236 (21.4)	64 (13.6)	
Social support			<.001
No	19 (2.0)	28 (6.5)	
Yes	939 (98.0)	406 (93.5)	
Native country			<.001
Spain	1,160 (98.5)	465 (94.7)	
Other	17 (1.5)	26 (5.3)	

Note. IPV = intimate partner violence.

.11) and emergency rooms ($\beta = .13$). The number of visits to specialist services increased with the number of years women were exposed to the violence relationship ($\beta = .27$; Table 4).

DISCUSSION

The findings of this study show that nearly 30% of female Spanish patients aged 55 years and over attending primary healthcare services have experienced some type of IPV during adulthood, and in a large proportion of them, this abuse persisted for more than 20 years. The estimated prevalence in our study with “younger” older women is higher than that calculated in a previous study with a representative sample of Spanish adult women ages

TABLE 2 Prevalence, Types and Duration of IPV for Midlife and Older Women (n = 1,676)

	n (%)
No lifetime IPV	1,184 (70.6)
Lifetime IPV ^a	492 (29.4)
Type	
Physical only	46 (2.7)
Sexual only	41 (2.4)
Psychological only	149 (9.0)
Physical + Psychological	35 (2.0)
Physical + Sexual	3 (0.1)
Sexual + Psychological	53 (3.1)
Physical + Sexual + Psychological	143 (8.5)
Duration (years)	
<10 years	250 (14.9)
11–20 years	58 (3.5)
21–30 years	45 (2.7)
>30 years	62 (3.7)
Mean (SD)	21.2 (13.2)

^aMissing values.

IPV = intimate partner violence.

SD = standard deviation.

TABLE 3 Health Outcomes in Midlife and Older Women who Reported Lifetime IPV^a

	Psychological distress ^b	Somatic Complaints ^c	Use of tranquilizers and/or antidepressant ^d	Use of analgesic medication ^d
	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
Lifetime IPV	2.98** (2.27–3.91)	2.03* (1.21–3.41)	2.27** (1.75–2.94)	1.68** (1.27–2.22)
Physical (physical or sexual) only	1.93* (1.14–3.28)	3.17 (0.88–11.3)	1.42 (0.85–2.38)	1.13 (0.68–1.88)
Psychological only	2.94** (1.97–4.38)	1.86 (0.88–3.93)	1.73* (1.18–2.52)	1.70* (1.12–2.58)
Both (physical and psychological)	3.49** (2.40–5.06)	1.78 (0.89–3.55)	3.26** (2.29–4.65)	1.99* (1.34–2.94)
Duration of IPV (years)	0.99 (0.96–1.02)	1.05 (0.99–1.11)	1.02* (1.00–1.05)	1.01 (0.99–1.04)

Note. No lifetime IPV reference group for all analyses.

^aAll models were adjusted for marital status, education, monthly household income, tangible social support and native country.

*p-value < .05; **p-value < .001.

IPV = intimate partner violence. OR = Odds ratios. CI = confidence interval.

18 to 70 (24%; Ruiz-Pérez et al., 2010). This prevalence suggested that IPV not only may occur throughout a woman's lifetime, but also can increase with age.

Compared to previous studies in older women, our estimated prevalence is similar (26.5%) to that found in women aged 65 and older (Bonomi et al., 2007). However, this rate is lower than one prior lifetime IPV estimate

TABLE 4 Use of Health Care Services by Midlife and Older who Reported Lifetime IPV^a

	Primary Care Services	Specialist services	Emergency Rooms	Hospital Admissions
	β (R ²)	β (R ²)	β (R ²)	β (R ²)
Lifetime IPV	.09* (.05)	.01 (.01)	.10 (.05)	.02 (.02)
Physical (physical or sexual) only	.01 (.04)	.01 (.01)	.08 (.07)	.13 (.02)
Psychological only	.11** (.06)	.01 (.01)	.13* (.10)	.06 (.01)
Both (physical and psychological)	.07* (.04)	.01 (.01)	.04 (.04)	.12 (.06)
Duration of IPV (years)	.08 (.09)	.27* (.22)	.11 (.41)	.10 (.41)

^aAll models were adjusted for marital status, education, monthly household income, tangible social support, and native country.

*p-value < .05; **p-value < .001.

IPV = intimate partner violence. β = Beta, standardized coefficients. R² the proportion of the variance explained by the model.

of 35.5% in women aged 50 to 56 (Jones et al., 1999), and it is higher than one prior estimate of 18.1% in older women (Teaster, 2000). This wide range of figures, also documented by studies not focused on older women (Garcia-Moreno et al., 2006), could be explained because studies employed different population ages, measures, and definitions of IPV.

This study also confirms that in older women, psychological abuse is more frequent than physical (physical and sexual) abuse, although our estimates are lower than those found in a previous study where 18.4% of women experienced physical violence and 21.9% experienced non-physical violence (Bonomi et al., 2007). A possible explanation for such variation could be that in our case both IPV types (physical and psychological) have been accounted for as an excluding category. On the other hand, in a study with women aged 55 and older who attended primary healthcare services, the estimates were lower: 3.6% for physical and sexual IPV and 2.6% for psychological IPV, although it must be pointed out that exposure to IPV was estimated from 55 years old and onwards (Zink et al., 2005).

Women with more than one type of IPV presented more pronounced adverse health effects than women who experienced physical or psychological IPV only. This result is congruent with prior studies which found that the magnitude of the relationship between IPV and an adverse health status rises as the number of violence types increases (McNutt, Carlson, Persaud, & Postmus, 2002). Taking the nature of the aggressions which characterize both types of IPV into consideration, it seems plausible that attitudes such as humiliation, threats, or controlling behavior are more likely to affect psychological wellbeing, while behaviors such as hitting, pushing, kicking, or forced sexual intercourse may be related to a greater probability of chronic health problems. Likewise, the activation of a physiological response to situations of severe stress and consequences of the physical and sexual aggression may

explain in part the high frequency of somatic complaints in women who suffer physical IPV (physical and sexual; Campbell et al., 2002).

Violence was positively correlated to primary healthcare services utilization, especially for women who experienced a combination of different types of abuse and for women who experienced psychological IPV only. Literature documents that enduring psychological abuse is a much stronger predictor of fear than physical abuse (Baker et al., 2009) and it is associated with poorer physical and mental health, as well as a limitation in social functioning (Shugarman et al., 2003). These negative health consequences could explain why women with long lasting psychological IPV are higher users of the most accessible services such as primary healthcare and emergency rooms.

Our study shows that, as the length of exposure to IPV increases, so does the frequency of use of specialist services, which in our case included mental health services. Moreover, the use of tranquilizers and/or antidepressants was positively correlated to length of IPV. As abuse persists over time, women's mental health may be affected by several emotional responses such as hopelessness and low self-esteem, constituting emotional barriers which impede them from ending the violent relationship. (Beaulaurier, Seff, & Newman, 2008; Montero et al., 2010).

Clinical and Policy Implications

The prevalence of chronic diseases in older adults, chronic physical complaints (including pain), or indicators of depression and anxiety, as well as higher use of healthcare services, should elicit focused inquiries about possible abuse. Providers, especially general practitioners, are encouraged to identify signals of potential abuse and must consider the generational values held by older IPV victims and understand how those values may impact decision making. For abused older women, it should be a priority to implement gender empowerment measures as well as to strengthen financial and community support.

Limitations

Despite methodological constraints, this study provides the first set of information about the prevalence of IPV and its consequences related to the health of Spanish women aged 55 years and over. Given that this study was restricted to women aged 55 to 70, the extent to which these findings can be generalized to older women is unknown. By excluding women who attended primary healthcare services accompanied by a male partner, we may have left out an undetermined number of women exposed to greater control and abuse by their current partners than those who attended alone. Due to the association found in previous studies between IPV and low socioeconomic indicators and seeing that participants in our study were asked

to complete a written questionnaire, illiterate women were excluded. The exclusion of these women could lead to a selection bias, and the odds ratio could therefore be even higher than that found. The use of self-report can also challenge validity; however, women tend to underreport IPV experiences, especially older women (Garre-Olmo et al., 2009). In Spain, where the family plays a very important role, failure to report domestic violence in our sample may be even greater, which would mean that the non-IPV group in the study included some women who had experienced IPV. Thus, the observed differences in health status and service utilization between those who experienced IPV and those who did not were conservative estimates. The healthcare system in Spain, which is both widely available and accessible to the entire population, may possibly generate a healthcare services use pattern that cannot be generalized to healthcare systems with a different design.

Conclusion

Our results confirm that a large proportion of women aged 55 years and older have experienced violence by an intimate partner during their adult lifetime. The high estimate prevalence, long standing duration, negative health consequences, and the high healthcare service utilization detected, represent a considerable burden for services providers. Clinicians should consider that, in later life, abusers are also intimate partners and not only family members and caregivers. Further studies focused on the health consequences of the various types of abuse are needed to better identify the symptoms and health problems in older women, including cognitive and physical function.

REFERENCES

- Baker, M. W., LaCroix, A. Z., Wu, C., Cochrane, B. B., Wallace, R., & Woods N. F. (2009). Mortality risk associated with physical and verbal abuse in women aged 50 to 79. *Journal of American Geriatrics Society*, 57(10), 1799–1809.
- Blake, R. L., & McKay, D. A. (1986). A single-item measure of social support as a predictor of morbidity. *The Journal of Family Practice*, 22(1), 82–84.
- Beaulaurier, R. L., Seff, L. R., & Newman, F. L. (2008). Barriers to help-seeking for older women who experience intimate partner violence: A descriptive model. *Journal of Women & Aging*, 20(3/4), 231–248.
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Carrell, D., Fishman, P. A., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2007). Intimate partner violence in older women. *The Gerontologist*, 47(1), 34–41.
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2009). Health care utilization and cost associated with physical and non-physical-only intimate partner violence. *Health Services Research*, 44(3), 1052–1067.

- Campbell, C. J. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331–1336.
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Gielen, A. C., & Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162(10), 1157–1163.
- Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: A systematic review. *Age and Ageing*, 37(2), 151–160.
- Duncan-Jones, P. (1979). Validity and uses of the GHQ. *The British Journal of Psychiatry*, 135, 382.
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., Campbell, J., Gillioz, L., Jewkes, R., Josiah, I., Meirik, O., Rodrigues, L. C., Saucedo, I., Schei, B., & Wall, S. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *Lancet*, 371(9619), 1165–1172.
- Fisher, B., Zink, T., Rinto, B., Regan, S., Pabst, S., & Gothelf, E. (2003). Overlooked issues during the golden years: Domestic violence and intimate partner violence against older women. *Violence Against Women*, 9(12), 1409–1416.
- Fritsch, T. A., Tarima, S. S., Caldwell, G. G., & Beaven, S. (2005). Intimate partner violence against older women in Kentucky. *The Journal of the Kentucky Medical Association*, 103(9), 461–463.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368(9543), 1260–1269.
- Garre-Olmo, J., Planas, X., Lopez, S., Juvinya, D., Vila, A., & Vilalta, J. (2009). Prevalence and Risk Factors of Suspected Elder Abuse Subtypes in People Aged 75 and Older [on behalf of the Frailty and Dependence in Girona Study Group]. *Journal of American Geriatric Society*, 57(5), 815–822.
- Instituto Nacional de Estadística (INE). (2010). INEbase Indicadores demográficos básicos [Basic demographic indicators]. Retrieved from http://www.ine.es/inebmenu/mnu_analisis.htm
- Jones, A. S., Gielen, A. C., Campbell, J. C., Schollenberger, J., Dienemann, J. A., Kub, J., O'Campo, P. J., & Wynne, E. C. (1999). Annual and lifetime prevalence of partner abuse in a sample of female HMO enrollees. *Women's Health Issues*, 9(6), 295–305.
- Lachs, M. S., & Pillemer, K. (1995). Abuse and neglect of the elderly persons. *The New England Journal of Medicine*, 332(7), 437–443.
- Lobo, A., & Muñoz, P. (1996). *General Health Questionnaire. Guide to users of different versions. Spanish versions of GHQ*. Barcelona: Masson.
- McNutt, L. A., Carlson, B. E., Persaud, M., & Postmus, J. (2002). Cumulative abuse experiences, physical health and health behaviors. *Annals of Epidemiology*, 12(2), 123–130.
- Montero, I., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Vives-Cases, C., Plazaola-Castaño, J., Talavera, M., Martín-Baena, D., & Peiró, R. (2010). Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: A national study in primary care. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(4), 352–358.
- Montero, I., Escriba, V., Ruiz-Perez, I., Vives-Cases, C., Martín-Baena, D., Talavera, M., & Plazaola, J. (2011). Interpersonal violence and women's psychological well-being. *Journal of Women's Health*, 20(2), 295–301.

- Moraes, C. L., Apratto Júnior, P. C., & Reichenheim, M. E. (2008). Breaking silence and its barriers: A household survey on domestic violence against the elderly within the scope of a family health program in Niterói, Rio de Janeiro State, Brazil. *Cadernos de Saude Publica*, 24(10), 2289–2300.
- Mouton, C. P., Rodabough, R. J., Rovi, S. L., Hunt, J. L., Talamantes, M. A., Brzyski, R. G., & Burge, S. K. (2004). Prevalence and 3-year incidence of abuse among postmenopausal women. *American Journal of Public Health*, 94(4), 605–612.
- Pillemer, K., & Finkelhor, D. (1988). The prevalence of elder abuse: a random sample survey. *Gerontologist*, 28(1), 51–57.
- Rivara, F. P., Anderson, M. L., Fishman, P., Bonomi, A. E., Reid, R. J., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2007). Healthcare utilization and costs for women with a history of intimate partner violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(2), 89–96.
- Rivara, F. P., Anderson, M. L., Fishman, P., Reid, R. J., Bonomi, A. E., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2009). Age, period, and cohort effects on intimate partner violence. *Violence and Victims*, 24(5), 627–638.
- Romans, S., Forte, T., Cohen, M. M., Du Mont, J., & Hyman, I. (2007). Who is most at risk for intimate? A Canadian population-based study. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(12), 1495–1514.
- Romito, P., Molzan Turan, J., & De Marchi, M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social Science & Medicine*, 60(8), 1717–1727.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Alvarez-Kindelán, M., Palomo-Pinto, M., Arnalte-Barrera, M., Bonet-Pla, A., De Santiago-Hernando, M. L., Herranz-Torrubiano, A., Garralón-Ruiz, L. M., & Gender Violence Study Group. (2006). Sociodemographic associations of physical, emotional, and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Annals of Epidemiology*, 16(5), 357–363.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., & Vives-Cases, C. (2007). Methodological issues in the study of violence against women. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(2), 26–31.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Vives-Cases, C., Montero-Piñar, I., Escribà-Agüir, V., Jiménez-Gutiérrez, E., Martín-Baena, D., & G6 para el Estudio de la Violencia de Género en España. (2010). Variabilidad geográfica de la violencia contra la mujer en España [Geographical variability in violence against women in Spain]. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 128–135.
- Schofield, M. J., & Mishra, G. D. (2004). Three year health outcomes among older women at risk of elder abuse: Women's Health Australia. *Quality of Life Research*, 13(6), 1043–1052.
- Shugarman, L. R., Fries, B. E., Wolf, R. S., & Morris, J. N. (2003). Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(1), 24–31.
- Teaster, P. B. (2000). A response to the abuse of vulnerable adults: The 2000 Survey of State Adult Protective Services. Washington, D.C.: The National Center on Elder Abuse. Retrieved from http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/main_site/pdf/research/apsreport030703.pdf
- World Health Organization (WHO). (1999). Putting women's safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. In *Global Programme on Evidence for Health Policy*. Geneva, Switzerland: Author.

- World Health Organization (WHO). (2002). Missing voices: views of older persons on elder abuse. A study from eight countries: Argentina, Austria, Brazil, Canada, India, Kenya, Lebanon and Sweden. Retrieved from http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_VIP_02.1.pdf
- Zink, T., Fisher, B. S., Regan, S., & Pabst, S. (2005). The Prevalence and Incidence of Intimate Partner Violence in Older Women in Primary Care Practices. *Journal of General Internal Medicine*, 20(10), 884–888.
- Zink, T., & Fisher, B. S. (2006). The prevalence and incidence of intimate partner and interpersonal mistreatment in older women in primary care offices. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 18(1), 83–105.

Artículo 2

Factors Associated with the Cessation of Intimate Partner Violence in Women Attending Primary Care in Spain

Artículo 2:

Journal of Family Violence, In Press

JOURNAL OF FAMILY VIOLENCE

Factors Associated with the Cessation of Intimate Partner Violence in Women Attending Primary Care in Spain

Isabel Montero, PhD ^{1,2,*}, David Martín-Baena, Prof ^{2,3}, Vicenta Escribà-Agüir, PhD ^{2,4},
Carmen Vives-Cases, PhD ^{2,5}, Isabel Ruiz-Pérez, PhD ^{2,6}

¹ Department of Medicine, University of Valencia, Av. Blasco Ibañez, 15, 46010
Valencia, Spain. E-mail: Isabel.Montero@uv.es

² CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain. E-mail:
martin_dav@gva.es

³ Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

⁴ Public Health Research Centre, Avda.Catalunya 21, 46020 Valencia, Spain. E-mail:
escriba_vic@gva.es

⁵ Department of Public Health, University of Alicante, Carretera San Vicente-Alicante,
Ap. de correos, 99, 03080, Alicante, Spain. E-mail: carmen.vives@ua.es

⁶ Andalusian School of Public Health, Campus Universitario de Cartuja, Apto. 2070,
Cuesta del Observatorio 4, 18080 Granada, Spain. E-mail:
isabel.ruiz.easp@juntadeandalucia.es

Carta del editor:

Publications and Disseminations Department
Institute on Violence, Abuse and Trauma
10065 Old Grove Road
San Diego, CA 92131
(858) 527-1860 x 4450
journals@alliant.edu



Dear David Martín-Baena,

This letter confirms acceptance of a manuscript you have submitted for the *Journal of Family Violence*. The paper is titled “Factors Associated with the Cessation of Intimate Partner Violence in Women Attending Primary Care in Spain” and is authored by Isabel Montero, David Martín-Baena, Vicenta Escribà-Agüir, Carmen Vives-Cases, and Isabel Ruiz-Pérez. The manuscript was accepted on December 5th, 2013 and is currently in queue to be copy edited.

Please do not hesitate to contact the Editorial Office at journals@alliant.edu if you have any questions or concerns.

Sincerely,

A handwritten signature in black ink that reads "Robert Geffner, PhD". The signature is written in a cursive, flowing style.

Robert Geffner, PhD, ABN, ABPP
Editor-in-Chief
Journal of Family Violence

Artículo 2

OBJETIVOS

Considerando lo expuesto al inicio de este trabajo sobre la importancia de la búsqueda de ayuda formal para iniciar el proceso de poner fin a la relación de violencia, parece importante el poder identificar factores que puedan estar asociados con el cese de la violencia en mujeres españolas procedentes de diferentes contextos socioeconómicos y con diferentes experiencias de maltrato (tipos, duración y respuestas para afrontar la situación), que permitan ayudar a diseñar nuevas estrategias más eficaces para que las mujeres puedan poner fin a la relación de maltrato.

Hipótesis y Objetivos

Partimos de la siguiente hipótesis: cuanto más larga es la relación de violencia menor es la probabilidad de finalizar la situación.

Nuestros objetivos son:

- a) Detectar diferencias en las características socio-demográficas y los recursos personales, tipos de VCI, edad de inicio y duración, y respuestas de las mujeres para afrontar la situación, entre mujeres donde la violencia ha cesado y en aquellas donde aún persiste.

- b) Identificar factores que puedan estar asociados a una mayor probabilidad de finalizar con la relación de violencia.

Artículo 2

METODOLOGÍA

Metodología

Muestra

Teniendo en cuenta el propósito del estudio, de las 10.322 mujeres que participaron en el proyecto coordinado, se seleccionaron aquellas que contestaron haber sufrido a lo largo de la vida cualquier tipo de violencia por un marido, ex marido, pareja o ex pareja, estando la muestra constituida por 2.464 mujeres.

Variables

1. Variable Resultado

1.1 VCI en el último año

La variable objetivo para este estudio fue la VCI actual, es decir, en el último año, evaluada a través de la versión española del Index of Spouse Abuse (ISA), (Plazaola-Castaño, Escribà-Agüir, Jiménez-Martin y Hernandez-Torres, 2009), escala que mide la presencia y gravedad de la violencia contra la mujer por una pareja masculina en el último año. Contiene 30 ítems con dos subescalas independientes: física (que incluye 2 ítems de violencia sexual) y no-física o psicológica, que puntúan entre el 0 al 100. De acuerdo con la versión española, se considera que una mujer está expuesta a la VCI en el último año (Continuidad de la VCI) si puntúa por encima del punto de corte en cualquiera de las dos subescalas (6 para ISA físico y 14 para ISA psicológico) y, en caso contrario, se considera no VCI actual (Cese de la VCI).

2. Variables Explicativas

2.1 Relacionadas con la VCI

a) *Tipología de la VCI a lo largo de la vida:*

Las mujeres podían sufrir a lo largo de su vida uno o varios de los siguientes maltratos: físico (se considera que ha sido maltratada físicamente si puntúa positivo en la escala de violencia física del ISA y/o en las preguntas de violencia física previamente al último año), sexual (se considera que ha sido maltratada sexualmente si puntúa positivo en las preguntas de violencia sexual previamente al último año) y psicológico (se considera que ha sido maltratada psicológicamente si puntúa positivo en la escala de violencia psicológica del ISA y/o en la pregunta de violencia psicológica previamente al último año).

Las mujeres que contestaron “maltrato por una pareja masculina alguna vez en la vida” respondieron además a las siguientes preguntas:

b) *Duración de la VCI*: años que la mujer refería haber estado expuesta a la relación de violencia, categorizándose la variable en: <5 años, 5-10 años y >10 años.

c) *Edad de inicio de la VCI*. Edad en que la mujer refería haber comenzado a sufrir esa violencia. Se categorizó en: ≤22 años, 23-29 años y ≥30 años.

d) *Respuestas de las mujeres ante la situación de maltrato*:

Se plantearon nueve respuestas cerradas no excluyentes, basadas en la revisión de la literatura y tras consulta con profesionales que trabajan específicamente con mujeres maltratadas. 1) he intentado resolver la situación; 2) deseo resolver la situación, pero no sé cómo; 3) lo he intentado solucionar hablando con mi pareja; 4) he pedido consejo a mi familia o amigos; 5) estoy buscando trabajo para poder ser independiente económicamente de mi pareja; 6) he acudido a una asociación o centro de atención a mujeres; 7) he acudido a profesionales (médicos, psicólogos, enfermeras, trabajadores sociales); 8) he denunciado a mi pareja, y 9) me he separado de mi pareja.

Para valorar la validez de contenido de las respuestas frente a la VCI, se realizó previamente un estudio piloto (Ruiz-Pérez et al., 2006a), cuyos resultados recogieron los conceptos considerados.

2.2 Apoyo Social

Apoyo Social

- a) Fue medido con una pregunta que evalúa la red social en relación a un tipo de apoyo específico, es decir, para una situación determinada de ayuda tangible (Blake y Mckay, 1986). La respuesta de la pregunta, “¿Con cuántas personas puede realmente contar para que le ayuden cuando tiene un problema o dificultad?”, se dicotomizó en 0=no (nadie para pedir ayuda) y 1= si (una o más personas).

2.3 Variables sociodemográficas

Variables sociodemográficas

- b) Edad (<35 años, 35-44 años, 45-54 años, 55 o más años), estado civil_(casada , soltera, separada, divorciada y viuda), situación laboral (tareas del hogar, empleada, desempleada, jubilada, estudiante), nivel educativo (estudios primarios, secundarios, universitarios); ingresos mensuales en el hogar ($\leq 1.200\text{€}$, $1.201\text{€}-2.500\text{€}$, $\geq 2.500\text{€}$), hijos a cargo (No, Si) y país de origen (España, Otros).

Análisis estadístico

Para ser consistentes con la clasificación de los tipos de violencia del ISA se ha considerado como VCI física (maltrato físico o sexual) cuando contesta afirmativamente a estas preguntas y psicológica cuando contesta afirmativamente a preguntas sobre maltrato psicológico. Dado que es frecuente que exista un considerable solapamiento entre los diferentes tipos de VCI, creamos para el análisis, categorías jerárquicas mutuamente

excluyentes. Para examinar las diferencias en la distribución de las variables entre las mujeres donde la violencia había cesado y aquellas donde continuaba, se realizó un análisis bivariado mediante el cálculo de la Ji-cuadrado.

Con el fin de poder identificar mejor los factores asociados al cese de la VCI en mujeres con antecedentes en el pasado, llevamos a cabo un modelo de regresión logística múltiple basándonos en el modelo de pasos hacia delante (forward stepwise) con los criterios de entrada ($p < 0.05$) y salida ($p > 0.10$) establecidos en el programa estadístico SPSS 18.0.

Artículo 2

RESULTADOS

Resultados

De las 2.464 mujeres que respondieron afirmativamente a las preguntas de violencia, el 36,1% no presentan VCI en el último año y el 61,9% continúan expuestas en la actualidad.

Características sociodemográficas

En la Tabla 1 se muestra el cuadro comparativo de las características sociodemográficas entre mujeres sin violencia actual y de aquellas donde la violencia aún persiste.

Entre las mujeres casadas en el momento del estudio, el porcentaje de las que continúan con la VCI es significativamente más alto que en el caso de mujeres que responden no VCI actual (85,5% frente al 14,5%), contrario a lo que ocurre entre las separadas o divorciadas donde el porcentaje de cese llega al 64,8% (Tabla 1).

Las continuas de la VCI es más frecuente en mujeres con un nivel bajo de estudios (70,1%), con hijos a su cargo (67,4%), dedicada en exclusiva a las tareas de casa y cuidados familiares (82,4%) y que cuentan con escaso o nulo apoyo social (74%) (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las características socio-demográficas de las mujeres que han sufrido VCI alguna vez en la vida en función del cese o continuación de la VCI (n=2.464).

Características Socio demográficas	VCI en el último año ^a		P-Valor
	NO (Cese)	SI (Continuación)	
	n (%)=889 (36.1)	n (%)=1.525 (61.9)	
Estado civil			<0.001
Casadas	176 (14.5)	1.036 (85.5)	
Solteras	223 (51.1)	214 (48.9)	
Separadas/Divorciadas	425 (64.8)	231 (35.2)	
Viudas	60 (81.4)	14 (18.6)	
Edad			0.07
<35 años	241 (40.5)	355 (59.5)	
35-44 años	232 (34.7)	436 (65.3)	
45-54 años	244 (38.6)	388 (61.4)	
55 años o más	166 (34.0)	322 (66.0)	
Nivel de estudios			<0.001
Primaria	307 (29.9)	720 (70.1)	
Secundaria	343 (40.4)	507 (59.6)	
Universitarios	223 (45.6)	266 (54.4)	
Hijos a cargo			<0.001
No	398 (44.5)	497 (55.5)	
Si	476 (32.6)	986 (67.4)	
Situación laboral			<0.001
Tareas del hogar	109 (17.6)	510 (82.4)	
Empleada	595 (45.0)	727 (55.0)	
Desempleada/estudiante/jubilada	176 (40.4)	261 (59.6)	
Apoyo Social			0.002
No	43 (26.0)	122 (74.0)	
Si	785 (38.3)	1.264 (61.7)	
País de origen			0.08
España	813 (37.6)	1.352 (62.4)	
Otros	68 (31.7)	147 (68.3)	

^a Valores perdidos: n (%)=50(2.0).

VCI: Violencia por compañero íntimo.

Tipología, edad de inicio y duración de la VCI

Al comparar los porcentajes de mujeres donde la violencia cesa o continúa, en función de la tipología, la violencia física es el único tipo que se asocia al cese. Así mismo una menor duración de la VCI se asocia al cese de la misma: a menos años de exposición se asocia significativamente con el cese y, cuando la duración va incrementándose, los porcentajes de cese se reducen de forma significativa (Tabla 2).

Tabla 2. Tipología, edad de inicio y duración de la VCI en mujeres donde la violencia ha cesado y en mujeres donde la violencia continúa.

Características del maltrato	VCI en el último año ^a		P-Valor
	NO (Cese)	SI (Continuación)	
	n(%)=889 (36.1)	n (%)=1.525 (61.9)	
Edad de inicio			0.03
≤ 22 años	287 (59.1)	199 (40.9)	
23-29 años	242 (59.8)	163 (40.2)	
≥ 30 años	219 (51.9)	203 (48.1)	
Duración del maltrato			<0.001
< 5 años	335 (67.5)	162 (32.5)	
5-10 años	231 (58.5)	164 (41.5)	
>10 años	163 (41.5)	230 (58.5)	
Tipología de la VCI			
Sólo física			0.004
No	715 (35.7)	1.288 (64.3)	
Si	149 (43.8)	191 (56.2)	
Sólo psicológica			0.33
No	572 (37.6)	949 (62.4)	
Si	293 (35.6)	530 (64.4)	
Física y Psicológica			0.27
No	423 (35.8)	758 (64.2)	
Si	442 (38.0)	722 (62.0)	

^a Valores perdidos: n (%)=50(2.0).

Respuestas de las mujeres frente a la VCI

Todas las respuestas a las nueve preguntas relacionadas sobre cómo las mujeres afrontan la situación, son estadísticamente significativas, excepto para: “He buscado ayuda en servicios de atención a mujeres maltratadas” (Tabla 3).

Tabla 3. Respuestas de las mujeres frente a la VCI en mujeres donde ha cesado y en aquellas en las que persiste.

Respuestas ^b	VCI en el último año ^a		
	NO (cese)	Si (Continuación)	P-Valor
	n (%)=889 (36.1)	n (%)=1.525 (61.9)	
	n (%)	n (%)	
He intentado resolver la situación			<0.001
No	44 (38.3)	70 (61.7)	
Si	707 (57.3)	526 (42.7)	
Deseo resolver la situación, pero no sé cómo			<0.001
No	704 (60.3)	462 (39.7)	
Si	47 (26.0)	134 (74.0)	
Lo he intentado solucionar hablando con mi pareja			<0.001
No	570 (63.3)	331 (36.7)	
Si	181 (40.5)	266 (59.5)	
He pedido consejo a mi familia o amigos			<0.001
No	633 (58.3)	454 (41.7)	
Si	117 (45.1)	143 (54.9)	
Estoy buscando trabajo para poder ser independiente económicamente de mi pareja			<0.001
No	725 (58.4)	517 (41.6)	
Si	26 (24.5)	80 (75.5)	
He buscado ayuda en servicios de atención a mujeres maltratadas			0.07
No	655 (55.9)	516 (44.1)	
Si	96 (54.3)	80 (45.7)	
He denunciado a mi pareja			0.02
No	614 (54.3)	516 (45.7)	
Si	137 (62.8)	81 (37.2)	
He acudido a profesionales socio-sanitarios			<0.001
No	618 (59.1)	428 (40.9)	
Si	133 (44.1)	169 (55.9)	
Me he separado de mi pareja			<0.001
No	138 (27.3)	368 (72.7)	
Si	613 (72.8)	229 (27.2)	

^a Valores perdidos: n (%)=50(2.0).

^b Las respuestas de las mujeres frente a la VCI, no eran excluyentes entre sí.
VCI: Violencia por compañero íntimo.

Las respuestas más frecuentes en mujeres donde la violencia persiste es “Busco trabajo para ser económicamente independiente” y “Deseo resolver la situación, pero no sé cómo”, y en el caso de las mujeres donde la violencia ha cesado, “He denunciado a mi pareja a la policía” y “He dejado a mi pareja”. No obstante, más de una cuarta parte de las mujeres que responden que se han distanciado de la pareja, la violencia persiste en la actualidad (Tabla 3).

Factores asociados al cese de la VCI

De acuerdo con los resultados de la Tabla 4, factores como “estar soltera” (OR=2.36), “separada” (OR=2.04), “no tener hijos a su cargo” (OR=1.82) y “haber nacido en España” (OR=3.03), se asocian a una mayor probabilidad de que la violencia cese. Cuando la violencia se inicia en edades más jóvenes (≤ 22 años: OR=2.20 y 23-29 años: OR=1.80) y su duración no se alarga en el tiempo, la probabilidad de poner fin a la violencia es más del doble (<5 años: OR=2.64 y 5-10 años: OR=2.21) que cuando ésta se inicia en edades más tardías y se va extendiendo en el tiempo.

En mujeres que han sufrido sólo agresiones físicas, la probabilidad de finalizar la violencia es diez veces mayor que en mujeres que experimentan sólo abuso psicológico (OR=10.5 (4.34-25.5)). De todas formas, la amplitud de los IC hace que su estimación sea imprecisa. Así mismo, la probabilidad de que la violencia cese, al menos en el último año, es cinco veces mayor cuando la mujer se ha separado del agresor, que cuando continua la relación con su pareja (OR=5.25 (3.44-8.11)) (Tabla 4).

Tabla 4. Factores asociados al cese de la violencia en mujeres con una historia de VCI en el pasado.

Factores predictores	Cese de la VCI en la actualidad ^a	
	OR (IC 95%)	P-Valor
n (%)=889 (36.1)		
<i>Características socio demográficas</i>		
Estado civil		
Casadas	1	
Solteras	2.36 (1.37-4.07)	0.002
Separadas/Divorciadas	2.04 (1.32-3.16)	0.001
Hijos a cargo		
Si	1	
No	1.82 (1.22-2.70)	0.003
País de origen		
Otros	1	
España	3.03 (1.70-5.37)	<0.001
<i>Características del maltrato</i>		
Edad de inicio		
≥30 años	1	
23-29 años	1.80 (1.17-2.75)	0.007
≤22 años	2.20 (1.42-3.40)	<0.001
Duración del maltrato		
>10 años	1	
5-10 años	2.21 (1.39-3.49)	0.001
<5 años	2.64 (1.66-4.19)	<0.001
Sólo físico		
No	1	
Si	10.5 (4.34-25.5)	<0.001
Me he separado de mi pareja		
No	1	
Si	5.28 (3.44-8.11)	<0.001

^a Valores perdidos: n (%)=50(2.0).

OR= Odds ratio; IC= intervalo de confianza.

VCI: Violencia por compañero íntimo.

Artículo 2

DISCUSIÓN

Discusión

Los resultados de nuestro estudio muestran que en más del 30% de las mujeres con una historia de violencia por su pareja masculina, la violencia ha cesado al menos en el último año, resultado similar al de otros estudios que indican que la violencia cesa en una considerable proporción de mujeres (Johnson, 2003; Sonis y Langer, 2008). No obstante, los resultados de nuestro trabajo no pueden predecir que en los casos donde la violencia ha finalizado en el último año, pueda o no reproducirse en un futuro por la misma pareja u otra.

Es importante destacar el alto porcentaje (61,9%) de mujeres que con una historia de violencia en el pasado, continúan expuestas en la actualidad. Estas mujeres tienen menos recursos personales (educativos y económicos) que las mujeres donde la violencia ha cesado, lo que sugiere que los niveles socio-económicos más bajos se asocian no sólo al desarrollo de la violencia sino también a un agravamiento de las agresiones a lo largo del tiempo, (Aldarondo y Sugarman, 1996) siendo este porcentaje aun mayor en mujeres que permanecen casadas (85.5 %), lo que va en la misma línea que los resultados de un estudio realizado con parejas casadas donde la continuidad de la violencia fue del 76% (Quigley y Leonard, 1996).

Así mismo, el cese de la violencia en el último año, difiere entre mujeres que disponen de apoyo social y las que disponen de muy poco o ninguno, lo que es acorde con otros hallazgos donde el apoyo social se confirma como un factor de protección de las mujeres expuestas a la violencia de los hombres (Goodman et al., 2005).

Las mujeres donde la VCI cesó tienden a buscar ayuda externa, recurriendo con mayor frecuencia a la familia o a los servicios de salud que a la denuncia o a servicios específicos de atención a mujeres maltratadas, mientras que las mujeres donde la violencia persiste, tienden a utilizar sus propios recursos o no saben como afrontarla, lo que refuerza la sugerencia de Anderson y Saunders (2003) de que la búsqueda de ayuda es la clave para acabar con la

violencia. No obstante, alrededor del 27% de las mujeres han conseguido poner fin a la violencia, al menos durante un año, sin llegar a separarse del agresor. Es posible que estas mujeres utilicen estrategias de defensa personal para responder al abuso de la pareja masculina, o que el comportamiento de la pareja cambiara y sus actos de violencia cesaran con el tiempo. De hecho, los resultados de un estudio de seguimiento muestran que en el segundo año, el 33% de los maltratadores abandonan la VCI y un 10% utiliza un tipo de violencia menos agresiva (Feld y Strauss, 2006).

Los resultados apoyan nuestra hipótesis: cuanto menor sea la duración de la VCI mayor probabilidad de buscar ayuda externa y poner fin a la violencia. Por el contrario, cuando la violencia persiste a lo largo de los años, aumenta el riesgo de continuidad de la violencia. Cuando el maltrato persiste en el tiempo, las barreras emocionales como la reducción de la percepción de control, la incapacidad de afrontamiento y la baja autoestima (Clements, Sabourin y Spiby, 2004), potencian el sentimiento de estar “atrapada” en la relación, sin saber cómo resolver la situación, o defenderse verbalmente, rechazando a la pareja o haciendo comentarios despectivos acerca de él (Kuijpers, van der Knaap y Winkel, 2012). Todo ello sugiere que las estrategias de resistencia son un factor de riesgo para la revictimización y para la continuidad de la violencia (Goodman et al., 2005).

Estudios previos concluyen que la violencia termina sólo cuando la mujer es agredida gravemente y deja al agresor, por lo que era esperado que el cese de la violencia fuera más frecuente entre las mujeres que experimentaron ambos tipos de abuso (agresiones físicas y abuso psicológico) en el pasado, es decir previamente al último año. En nuestro caso, el cese de la violencia es mayor en mujeres que refieren sólo agresiones físicas, lo que coincide con los resultados de diferentes estudios que documentan que entre el 50%-60% de las mujeres que han estado expuestas a agresiones físicas, han conseguido finalizar la relación de violencia (Crowne, Juon, Ensminger, Bair-Merritt y Duggan, 2012; Field y Caetano, 2005; Jasinski, 2001).

Estas mujeres tienden a buscar ayuda externa y separarse, al menos temporalmente, del agresor (Ellsberg et al., 2001), mientras que mujeres con una historia de violencia menos grave, aumenta el riesgo de que persista (Wofford Mihalic, Elliott y Menard, 1994). Por lo tanto, es posible que el OR detectado en las mujeres donde la VCI cesó corresponda a mujeres que han experimentado agresiones físicas muy graves (11% de las mujeres que sufren violencia física).

Está extendida la convicción que el hecho de abandonar a la pareja maltratadora reduce el riesgo de recaer en la VCI (Sonis y Langer, 2008). Nuestros resultados muestran que el 27% de las mujeres que se han distanciado de su pareja presentan VCI en el último año, por lo que separarse de la pareja puede no ser garantía de un futuro maltrato. A pesar de que muchos hombres se comportan con más violencia con las mujeres que se han separado o que han tratado de separarse (Bybee y Sullivan, 2005; Fleury, Sullivan y Bybee, 2000), no podemos confirmar si, después de abandonar la relación, los ataques se repiten por la misma u otra pareja, ni si la violencia se ejerce con mayor gravedad.

Las razones de las mujeres maltratadas para seguir o dejar a sus parejas masculinas son variadas y complejas. La persistencia de la violencia en una relación de pareja es dañina tanto para la seguridad como para el bienestar de la mujer. A pesar del cambio hacia no tolerancia de la violencia de género y el aumento considerable de recursos sanitarios, sociales y legales, tras la aplicación de la ley de violencia de género (Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre), la formación de los profesionales para proporcionar una mejor ayuda y atención a las mujeres maltratadas, continúa siendo una necesidad urgente.

Las mujeres que comenzaron la violencia en una edad tardía y ésta se mantuvo en el tiempo, necesitan soporte económico y apoyo por parte de la comunidad para poder poner fin a la relación violenta. Los servicios de atención primaria están en una posición única para invitar a estas mujeres a participar en programas de intervención que promuevan el aumento

del apoyo social (Constantino, Kim, y Crane, 2005).

Según los datos oficiales, en el año 2013, 56 mujeres murieron a manos de su pareja, y el 59,3% de ellas eran mujeres menores de 40 años (MSPS, 2013). Por tanto, cuando la VCI se inicie en una edad temprana sería necesario un aumento de las intervenciones psicoeducativas que fomenten menor tolerancia hacia la conducta violenta de su pareja y mayor decisión para poner fin a la relación tan pronto como ésta se convierte en violenta.

Teniendo en cuenta que la probabilidad de cese de la VCI es mayor en las mujeres españolas que en las inmigrantes y, en virtud de los resultados de un estudio entre mujeres españolas e inmigrantes residentes en España, que mostraron que las inmigrantes tienen menor apoyo social y recurren a la policía con una frecuencia significativamente mayor que las españolas (Vives et al., 2009), parece necesario que cuando estas mujeres denuncien a su pareja, tengan el apoyo necesario y un acceso a las medidas de protección apropiadas.

La VCI de tipo psicológica, más frecuente que la VCI física, y a menudo su precursor, se considera un importante predictor de la agresión física (Coker, Flerx, Smith y Whitaker, 2007; Lawrence, Yoon, Langer y Ro, 2009). Su mayor impacto en la salud mental (Follingstad, 2009), condicionan la falta de respuesta y por tanto el aumento de la agresión física y psicológica conforme se prolonga en el tiempo (Kim, Laurent, Capaldi y Feingold, 2008), lo que requiere de detección temprana y del desarrollo de intervenciones que mejoren los protocolos para identificar la violencia psicológica en los servicios de atención primaria.

Dado que el cese de los abusos en las mujeres víctimas de VCI se asocia con una reducción en la prevalencia de la depresión (Kernic, Holt, Stoner, Wolf y Rivara, 2003) y reduce además los costes sanitarios (Fishman, Bonomi, Anderson, Reid y Rivara, 2010), los servicios de atención primaria, al que acude una gran variedad de mujeres, están en una posición única para poder intervenir y apoyar a las mujeres donde el riesgo persiste incluso después de que la violencia se ha detenido, al menos temporalmente.

Limitaciones

El presente estudio tiene algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta para una evaluación crítica de los resultados. El carácter transversal de los datos significa que la relación entre las variables predictoras y el cese de la VCI no debe ser tomado como una relación de causa y efecto. No obstante, nuestros datos apoyan la consideración de que el cese de la VCI es más probable que sea una consecuencia de los factores predictores (características socio demográficas y de las circunstancias de la VCI) que su causa.

La exclusión de mujeres analfabetas así como aquellas que venían acompañadas de su pareja por problemas de seguridad, podría llevar a una subestimación de algunas asociaciones, por lo que su generalización a todas las mujeres que acuden a Atención Primaria estaría limitada.

Al no preguntar de forma específica si la violencia perpetrada en el último año ha sido por la misma pareja o distinta, no es posible saber si la violencia continúa o se trata de un nuevo reabuso. Dado que el ISA mide la presencia y severidad de la VCI en el último año, no podemos descartar que algunas mujeres clasificadas como "No VCI en el último año", puedan seguir expuestas, pero con una menor frecuencia e intensidad.

A pesar de sus limitaciones, el presente trabajo ofrece una nueva visión sobre los factores asociados al cese y continuidad de diferentes tipos y duración de la violencia en mujeres con diferentes edades y niveles socio-económicos. Se precisan nuevos estudios longitudinales que puedan predecir cuándo y cómo la violencia puede cesar o continuar, de forma que las intervenciones clínicas puedan desarrollarse dependiendo de las necesidades de las mujeres.

Artículo 2

ORIGINAL

**Factors Associated with the Cessation of Intimate Partner Violence in Women
Attending Primary Care in Spain**

Isabel Montero, PhD ^{1,2,*}, David Martín-Baena, Prof ^{2,3}, Vicenta Escribà-Agüir, PhD ^{2,4},
Carmen Vives-Cases, PhD ^{2,5}, Isabel Ruiz-Pérez, PhD ^{2,6}

¹ Department of Medicine, University of Valencia, Av. Blasco Ibañez, 15, 46010
Valencia, Spain. E-mail: Isabel.Montero@uv.es

² CIBER Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Spain. E-mail:
martin_dav@gva.es

³ Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED)

⁴ Public Health Research Centre, Avda.Catalunya 21, 46020 Valencia, Spain. E-mail:
escriba_vic@gva.es

⁵ Department of Public Health, University of Alicante, Carretera San Vicente-Alicante,
Ap. de correos, 99, 03080, Alicante, Spain. E-mail: carmen.vives@ua.es

⁶ Andalusian School of Public Health, Campus Universitario de Cartuja, Apto. 2070,
Cuesta del Observatorio 4, 18080 Granada, Spain. E-mail:
isabel.ruiz.easp@juntadeandalucia.es

ABSTRACT

This study aims to identify factors associated to the likelihood of cessation of violence in ever-partnered women aged 18-70 with any history of intimate partner violence (IPV) attending Spanish primary healthcare. Of 2,464 women with lifetime IPV, in 36.1% IPV ceased and in 61.9% IPV continued in the last year. Women with no current IPV have higher level of education and social support, are workers or students and they have no dependent children. The results of the Stepwise multivariate logistic regression analysis show that when the duration of IPV is less than five years, the likelihood of cessation is twice as higher than when it continues beyond five years. The probability of ending the violent relationship when women experienced physical IPV is 10 times greater than for psychological IPV. The implications of the study findings in relation to clinical significance, and future research direction are discussed.

Keywords: Intimate partner violence, abuse, cessation, women, primary health care

INTRODUCTION

Research on violence against women by intimate partner (IPV) has been growing exponentially in recent years to gather information on the magnitude, and contributing factors associated with violence and its physical and mental health consequences (Ellsberg et al., 2008). However, research on identifying the factors associated with cessation or persistence of violence that may explain the continuation or termination of a violence relationship is still relatively scarce and especially in Spain.

Studies conducted in the 1980s that focus on the cessation of marital violence came to the conclusion that violence one started, usually increases in frequency and intensity (Woffordt, Mihalic, & Menard, 1994). Several theories have been drawn up to try to explain why an abused woman might continue to live with her aggressor for a prolonged period. Some authors focus on analyzing the process of decision making (Rubin, Brockner, Small-Weil, & Nathanson, 1980) while others are based on the theory of learned helplessness, which suggested that woman feel unable to stop their aggressor, try to end the abusive relationship, or to change their situation (Walker, 1977). A lack of family, institutional, social, or financial support makes it difficult to recognize the violence, and therefore leaving the relationship (Ellsberg, Winkvist, Pena, & Stenlund, 2001).

But violence does not always become a stable habit. (Hilton & Harris, 2005) More recent studies, carried out to address this issue, based on representative samples, conclude that cessation of violence by an intimate partner is not only possible, it also occurs in a substantial number of cases (Johnson, 2003; Sonis & Langer, 2008). Similarly, the results of an earlier study on the continuity of marital violence in a sample of female victims and male perpetrators indicate that, among the general

population, violence by an intimate partner decreases by about fifty percent over a period of three years (Woffordt et al., 1994).

Literature shows that most women are not passive victims, but they adopt active strategies to tackle violence. Different frameworks were developed to describe the process of change in battered women (Cluss et al., 2006; Liang, Goodman, Tummala-Narra & Weintraub, 2005), being Behaviour Transtheoretical model of change (TTM) one of the most widespread (Landenburger, 1989). According to this conceptual framework, a woman's awareness of and response to violence might therefore be expected to vary according to the stage of the violent relationship she is in at a given point in time. But results of more recent studies suggest that the phase transition is usually not linear and the interaction between internal and external factors can better explain the process of orientation towards safety (Burke, Mahoney, Gielen, McDonnell & O'Campo, 2009; Chang et al., 2006).

Many studies support the idea that women's responses and actions are linked to the immediate context and their own personal circumstances. The absence of institutional, economic social or family support makes it difficult for women to recognize violence and therefore leave the violent relationship (Gondolf, 2002; Fanslow & Robinson, 2010). The Pan American Health Organization (PAHO, 2000) defines the critical path as a sequence of decisions, actions and reactions that affect women seeking help to deal with the violence they experience included the responses found in their search for assistance.

So, ending violent relationships can be a difficult and lengthy process. Most women target for cessation of violence first by addressing it through discussions with their intimate partners, or by seeking the intervention of family or friends or different services, such as health, social, police or judicial (Ellsberg, Winkvist, Peña &

Stenlunda, 2001; Logan, Shannon & Walker, 2005; Ruiz-Pérez, Mata-Pariente & Plazaola-Castaño, 2006). When the violence is more severe, or children are also abused, women frequently look for formal help more and break away from the relationship. In fact, severity of abuse and age are thought to be good predictors of seeking formal help (Coker, Derrick, Lumpkin, Aldrich, & Oldendick, 2000; Anderson & Saunders, 2003).

In Spain, the most recent data on gender violence indicate that 10.6% of women have been abused by their partner or former partner at some point of their lives (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2011). Since 2004, a Law on Integrated Protection Measures against Gender Violence that aims to prevent, punish and eradicate violence against women and assist victims, which meant among other things increased visibility, increasing intolerance of society towards violence and resulting in a significant increase in educational measures, social and healthcare resources for women, along with other legal measures. Despite the adopted measures and new resources available, in 2012, 52 women were killed by their partners or former partners (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2012).

A previous study, with a representative sample of Spanish adult women, finds that younger women with a brief and severe IPV, with better education and economic resources and social support are twice as likely to seek outside help as compared to older women, with low personal resources and longer duration of violent relationship (Montero et al., 2012).

In a recent qualitative study of women attending Spanish care centres for victims of IPV show that age, socio-educational level, and duration of violent determine the actions that women held against the violent relationship (Ruiz-Perez et al., 2013).

Considering that search for formal help is a crucial factor to decide to start to put an end to the relationship, it seems important to be able to identify factors associated

with the cessation of violence in abused Spanish women from different socioeconomic backgrounds and with different experiences of abuse (types, duration and strategies used to cope with the situation), that can better predict the risk of continuation of the violent relationship (Kuijpers, van der Knaap & Winkel, 2012b), but also can help in the design of new strategies to more effectively deal with ending the abusive relationship of women.

For these reason we hypothesize that the greater the duration of IPV lower is the probability of ending the situation. Two are the objective of this study: (i) To detect differences in demographic characteristics and personal resources, types of IPV, age of onset, duration and responses to IPV between women where violence persists and those where it ceased; (ii) To identify factors that may be associated with a higher probability of ending the violent relationship.

METHODS

Participants

Data from a nationally representative cross-sectional study of 10,322 adult women living in Spain and attending primary care services were used (Ruiz-Perez et al., 2010). Data were collected, ensuring confidentiality and anonymity, through a self-administered questionnaire, which contained 27 domains that could be answered in 15 minutes. Women were excluded if they were illiterate, cannot understand Spanish or suffered from significant sensorial impairments such as vision problems that prevent them from reading and responding the questionnaire. Following ethical and safety recommendations for research on domestic violence (WHO, 1999), and taking into account that women experiencing physical or sexual IPV were more likely to be controlled by their partners (Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 2006),

those women who were attending the consultations, together with a male partner, were also excluded.

Women, who met the inclusion criteria, were invited to participate after consultation. After receiving their consent to participate in the study, the physician gave them the questionnaire in an envelope containing further information about community resources for battered women in their areas. Women anonymously filled out the questionnaire at a different office at the clinic and placed it inside an envelope into a closed box at the waiting room.

Taking into account the study's propose we considered only women who had a history of violence by an intimate male partner throughout life ($N = 2,464$ women). Women were asked if any male intimate partner (spouses, non-marital partners, former marital partners and former non-marital partners) had ever abused them physically (hit, slapped, kicked, pushed, etc.), psychologically (threatened, insulted, humiliated, envied upon, scared them, etc.) or sexually (forced them into having intercourse against their will) during their adult life. These three questions were used in previous studies shown to be of high comprehensibility and acceptability (Ruiz-Pérez, Mata-Pariente & Plazaola-Castaño, 2006). Women were considered victims if they reported of having experienced any type of abuse "sometimes" or "many times". Also, the abused women were asked about their age at the onset of partner violence and the number of years they endured it during their whole adult life.

Variables

The target variable for this study was current IPV (IPV in the previous year). It was assessed using the Spanish version of the Index of Spouse Abuse (ISA) (Plazaola-Castaño, Escribá-Agüir, Jiménez-Martin & Hernandez-Torres, 2009), one of the scale that has been extensively used in the literature on IPV. The ISA measures the presence

and severity of partner violence against women over the last year, a 30-item scale with two independent subscales: physical (which includes 2 items of sexual violence) and non-physical, with scores ranging from 0 to 100. According to the Spanish validation, a woman was considered to be exposing to current IPV if she scored more than the cut-off on either of the two subscales (6 for ISA- Physical and 14 for ISA- Psychological); otherwise, she was considered as no current IPV.

As predictor variables we included age at onset of IPV and its duration, types of abuse, women's responses to IPV, social support and socio-demographic variables. The responses of women, who faced abusive relationship, were sought through nine non-mutually exclusive close-ended questions, framed on the basis of literature review and consultation with professionals who work with battered women. In a previous work, we performed a pilot study in order to check the accuracy of the responses to deal with IPV (Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño & Del Rio-Lozano, 2006).

Social support was measured with a question that ascertains the availability of specific help for a particular situation (Blake & McKay, 1986): 'How many people can you really turn to when you have a problem or difficulty?' The answers were coded as a dichotomous variables of value 0=no ('no-one to turn to for support') and 1=yes ('one person or more'). Age(<35 years, 35-44 years, 45-54 years, 55 or more years); marital status, (married, singles, separated, divorced, widowed) employment, (housewife, employed, unemployed, retired, student), education, (elementary, middle school/high school and university), monthly family income ($\leq 1,200$ \$, $1,201$ \$ - $2,500$ \$, $\geq 2,500$ \$), children in the household (No, Yes) and native country (Spain, Other) was also considered.

Statistical analysis

Given that the global sample is not proportional to the population size of any

given Spanish region, weights were used for all the analyses to account for differential probability of inclusion in the survey of women from different regions. To be consistent with the ISA classification regarding the type of abuse, a woman was considered to have been physically IPV if she answered 'yes' to questions related to physical or sexual violence and psychological IPV when answering 'yes' to questions related to psychological abuse. Because there is usually considerable overlap between IPV types, we created mutually exclusive hierarchical categories of IPV for the analysis. Classical statistical analysis was performed to examine the differences in the variables distribution between women with current IPV and those without.

To better identify which factors were associated with cessation of violence in women with a history of IPV, we conducted a stepwise multivariate logistic regression analysis (Hosmer & Lemeshow, 1989). A model was built using a combination of forced entry and forward stepwise procedures: the criterion for entry was $p < 0.05$ and for removal $p > 0.10$. All analyses were conducted using SPSS statistical software, version 15.0 (SPSS Inc, Chicago, Illinois).

RESULTS

Characteristics of the Study Population

Out of the 2,464 women who reported having experienced violence by an intimate partner, 36.1% did not reported current IPV and 61.9% reported current IPV within the last year. Table I show the comparative picture of socio-demographic characteristics between women with current IPV and those which still persists. Women who reported no current IPV have better education and social support; they were working or studying with no dependent children. Among married women at the time of the study, the percentage of women with current IPV was significantly higher than that of women with out current of IPV, while among unmarried (single, divorced and

widowed) no differences were observed.

Table I Sociodemographic Characteristics, Cessation or Persistence of Intimate Partner Violence.

Sociodemographic Characteristics	Current IPV ^a		P-Value
	NO (Cessation) n (%)=889 (36.1)	YES (Persistence) n (%)=1,525 (61.9)	
Marital status			<0.001
Married	176 (14.5)	1036 (85.5)	
Singles	223 (51.1)	214 (48.9)	
Separated/Divorced	425 (64.8)	231 (35.2)	
Widowed	60 (81.4)	14 (18.6)	
Age			0.07
<35 years	241 (40.5)	355 (59.5)	
35-44 years	232 (34.7)	436 (65.3)	
45-54 years	244 (38.6)	388 (61.4)	
55 or more years	166 (34.0)	322 (66.0)	
Educational level			<0.001
Primary education	307 (29.9)	720 (70.1)	
Secondary education	343 (40.4)	507 (59.6)	
University degree	223 (45.6)	266 (54.4)	
Children			<0.001
No	398 (44.5)	497 (55.5)	
Yes	476 (32.6)	986 (67.4)	
Employment status			<0.001
Housewife	109 (17.6)	510 (82.4)	
Employed	595 (45.0)	727 (55.0)	
Unemployed/student/retired	176 (40.4)	261 (59.6)	
Social support			0.002
None	43 (26.0)	122 (74.0)	
Yes	785 (38.3)	1,264 (61.7)	
Native country			0.08
Spain	813 (37.6)	1,352 (62.4)	
Other	68 (31.7)	147 (68.3)	

^aMissings values: n (%)=50(2.0).

IPV: Intimate Partner Violence.

Typology, Age at Onset and Years of Duration of IPV

Table II Typology, Age at Onset and Years of Duration between Cessation and Persistence of IPV (N=2,464)

Abuse characteristics	Current IPV ^a		P-Value
	NO (Cessation) (%)=889 (36.1)	YES (Persistence) n (%)=1,525 (61.9)	
	n (%)	n (%)	
Onset of abuse			0.03
≤ 22 years	287 (59.1)	199 (40.9)	
23-29 years	242 (59.8)	163 (40.2)	
≥ 30 years	219 (51.9)	203 (48.1)	
Duration of abuse			<0.001
< 5 years	335 (67.5)	162 (32.5)	
5-10 years	231 (58.5)	164 (41.5)	
>10 years	163 (41.5)	230 (58.5)	
Types of lifetime IPV			
Physical only			0.004
No	715 (35.7)	1288 (64.3)	
Yes	149 (43.8)	191 (56.2)	
Psychological only			0.33
No	572 (37.6)	949 (62.4)	
Yes	293 (35.6)	530 (64.4)	
Physical and psychological			0.27
No	423 (35.8)	758 (64.2)	
Yes	442 (38.0)	722 (62.0)	

^aMissing values: n (%)=50(2.0).

Current IPV: Intimate Partner Violence in the last year.

When comparing the percentages of current and no current, in terms of IPV typology, only Physical IPV was associated with cessation; likewise there are significant differences in the duration of violence: women with shorter duration of IPV were significantly associated with cessation; as duration of violence increased the percentage of cessation decreased significantly (Table II).

That when violence is not intense, women tend to defend themselves both physically and verbally.

Women's Response to IPV

Table III Women's Response to IPV between Cessation and Persistence (N=2,464)

Women's responses to IPV ^b	Current IPV ^a		
	NO (cessation) n (%)=889 (36.1)	YES (persistence) n (%)=1,525 (61.9)	P-Value
	n (%)	n (%)	
I have tried to resolve the situation			<0.001
No	44 (38.3)	70 (61.7)	
Yes	707 (57.3)	526 (42.7)	
I would like to resolve the situation, but do not know how			<0.001
No	704 (60.3)	462 (39.7)	
Yes	47 (26.0)	134 (74.0)	
I have tried talking with my partner			<0.001
No	570 (63.3)	331 (36.7)	
Yes	181 (40.5)	266 (59.5)	
I have sought advice from family and/or friends			<0.001
No	633 (58.3)	454 (41.7)	
Yes	117 (45.1)	143 (54.9)	
I'm looking for work to become financially independent			<0.001
No	725 (58.4)	517 (41.6)	
Yes	26 (24.5)	80 (75.5)	
I have sought help from services for battered women			0.07
No	655 (55.9)	516 (44.1)	
Yes	96 (54.3)	80 (45.7)	
I have reported my partner to the police			0.02
No	614 (54.3)	516 (45.7)	
Yes	137 (62.8)	81 (37.2)	
I have sought help from healthcare professionals			<0.001
No	618 (59.1)	428 (40.9)	
Yes	133 (44.1)	169 (55.9)	
I have left my partner			<0.001
No	138 (27.3)	368 (72.7)	
Yes	613 (72.8)	229 (27.2)	

^aMissing values: n (%)=50(2.0).

^bResponses to IPV were not mutually exclusive.

IPV: Intimate Partner Violence.

All the responses to the nine questions, relating to who women facing the situation, are statistically significant, excepting the one that says "I have sought help from services for battered women." The most common responses of women where violence persists were "I am looking for work to become financially independent "and"

I would like to resolve the situation but do not know how ", and those of women where IPV ceased were "I have my partner reported to the police "and" I have left my partner". However, with around a third of the women who reported distanced themselves from their partner, violence persists. (Table III)

Factors Associated with Cessation of IPV

Table IV Factors Associated with Cessation of IPV: Logistic Regression (N=2,464)

Predictor variables	Cessation of IPV (No current IPV) ^a	
	OR (95% CI)	P-Value
Sociodemographic Characteristics		
Marital status		
Married	1	
Singles	2.36 (1.37-4.07)	0.002
Separated/Divorced	2.04 (1.32-3.16)	0.001
Children		
Yes	1	
No	1.82 (1.22-2.70)	0.003
Native country		
Other	1	
Spain	3.03 (1.70-5.37)	<0.001
Abuse characteristics		
Onset of abuse		
≥ 30 years	1	
23-29 years	1.80 (1.17-2.75)	0.007
≤ 22 years	2.20 (1.42-3.40)	<0.001
Duration of abuse		
>10 years	1	
5-10 years	2.21 (1.39-3.49)	0.001
< 5 years	2.64 (1.66-4.19)	<0.001
Physical only		
No	1	
Yes	10.5 (4.34-25.5)	<0.001
I have left my partner		
No	1	
Yes	5.28 (3.44-8.11)	<0.001

^aMissing values: n (%)=50(2.0).

OR= Odds ratio; CI= confidence interval.

IPV: Intimate Partner Violence.

According to the results shown in Table IV, factors as 'unmarried' (OR=2.36), 'separated' (OR=2.04), 'no dependent children' (OR=1.82) and 'born in Spain' (OR=3.03) were associated with greater likelihood of cessation of violence. When violence started at younger ages and lasted for shorted duration, the likelihood of IPV cessation is two fold higher (OR=2.21, OR=2.64, respectively), that when start at a later age and is extended over time.

For women who reported only physical assaults, the likelihood of IPV cessation is ten times higher than for women who reported other types of abuses. However, one must take into account the lack of precision, based on the observed CI. The likelihood of IPV cessation is five times higher in women who have separated from the aggressor than in women who continue with their partner (OR=5.28).

DISCUSSION

The results of this study show that over a third of women who suffered violence by an intimate partner, violence has ceased at least in the last year. This finding supports the conclusions of previous observational studies that informed that violence can cease in a significant proportion of women (Johnson, 2003; Sonis & Langer, 2008). Unfortunately, the results of the present study do not allow one to predict whether in cases where violence has ceased at the present time would recur or not in future, either by the same partner or another.

It is important to highlight the high percentage of women who reported a history of violence by an intimate partner, continuing currently exposed (61.9%). Those women had scared personal resources (educational and economic) than those with whom violence ceased. This confirms the earlier workers' suggestion, that lower socioeconomic levels are associated not only with development of violence, but also with continuity of assaults on wife over time (Aldarondo & Sugarman, 1996). Likewise,

the cessation of violence in the last year differs between women who had social support and those who had little or no support. It is well known that social support plays an important part in a woman's decision to leave an abusive relationship (Belknap, Melton, Denney, Fleury-Steiner, & Sullivan, 2009; Morrison et al., 2006; Goodman et al., 2005)

Women, with whom IPV ceased, tend to seek outside help, more frequently through family or health services than through the police or specific agencies, whereas those with whom IPV persists tend to either use their own personal resources or do not take any action to end the violent relationship. This reinforces the suggestion of Anderson and Saunders (2003) that seeking help is a key to ending violence. However, around 27% of women had managed to end the violence, for at least one year, without ending the relationship. Possible explanations could be that women used self defense strategies to respond to partner abuse, or that partners' behavior changed and their violent acts ceased over time. The results of a previous follow-up study show that, in the second year, 33% of offenders abandoned violence and 10% used minor violence. (Feld & Strauss, 2006).

The results of this study support our hypothesis: the lower the duration of violence the more likely to seek outside help and end the violence. By contrast, when violence persists throughout the years, increases the risk of continuity. As abuse persists, women's mental health may be affected, over time, by several emotional responses such as low perceived control, coping, and self-esteem, (Clements, Sabourin & Spiby, 2004), which remain trapped in the violent relationship, not knowing how to resolve the situation or defend it verbally, rejecting the couple or making derogatory remarks about him (Kuijpers, van der Knaap & Winkel, 2012a). This suggests that strategies of resistance are a factor in re-abuse and persistence of violence (Goodman et al., 2005).

Previous studies conclude that violence ends only when the woman is assaulted severely and leaves the aggressor; was therefore expected that the cessation of violence was more prevalent among women than experienced both types of abuse (physical assaults and psychological abuse). In contrast, the results of present study show that the probability of ending violent relationship is higher in women who experienced physical assault only. Earlier authors document that when the violence is more severe, or children are also abused, women frequently look for formal help more and break away from the aggressor, at least temporarily (Ellsberg et al., 2001), while those with a history of less serious physical increased the risk violence of violence persistence (Wofford Mihalic et al., 1994). So, it is possible that the OR detected in women where IPV ceased apply to women who experienced severe physical assaults (11%, data not shown).

Leaving an abusive partner is believed to reduce the risk of recurrent victimization (Sonis & Langer, 2008), but does not guarantee a victim's future safety. In fact, in the case of 20% of the women covered by this study, who distanced themselves from their partners, violence was found to persist. Although many men behave more violently with women who have separated or who have been trying to separate (Bybee & Sullivan, 2005; Fleury, Sullivan & Bybee, 2000), one cannot confirm whether, after leaving the relationship, the attacks would recur by the same or another partner, whether their severity would increase.

Battered women's reasons for staying with or leaving their male partners are varied and complex. The persistence of violence in an intimate partner relationship is dangerous to women's safety and well-being. Although there has been a significant shift towards tolerance of violence and abuse in Spain, and both healthcare resources, social and law enforcement have increased substantially after application of the law of gender

violence in Spain, but information on how to provide better help and care to abused women, is urgently needed. Therefore, a good understanding of victim's characteristics and the needs of the different subgroups of abused women can help women to identify their needs to put an end to the violent relationship as well as prevent future episodes of violence. The women, who violence started at a late age and lasted for more years, would need economic empowerment and community support to end the violent relationship. According to official data of the 52 women who died at the hands of his partner in 2012, 40.3% were under 40 years (Ministry of Health, Social Services and Equality, 2012). So, women who IPV started at an early age and lasted for fewer years would need increased psycho-educational interventions that encourage less tolerance for violent behavior of their partner and more willingness to end a relationship as soon as it becomes violent.

Note that the likelihood of cessation of IPV is higher in native women than in immigrants. A study focused on the differences between native and immigrant women living in Spain, showed that immigrants have lower social support and approach the police with a significantly higher frequency than natives (Vives et al., 2009). It is therefore necessary to improve police response when these women decide to report their partner, so that they have access to appropriate support and protection measures.

The psychological IPV, more prevalent than physical IPV, and often its precursor, is considered a strong predictor of physical aggression (Coker, Flerx, Smith & Whitaker, 2007; Lawrence, Yoon, Langer & Ro, 2009). Its major impact on mental health (Follingstad, 2009), as also the women's depressive symptoms that predict increase in physical and psychological aggression over time (Kim, Laurent, Capaldi & Feingold, 2008), requires identification and development of interventions to improve the protocols for detection of psychological violence in primary care services.

Since the cessation of abuse in women victims of IPV is associated with a reduction in the prevalence of depression (Kernic, Holt, Stoner, Wolf & Rivara, 2003) and in health costs (Fishman, Bonomi, Anderson, Reid & Rivara, 2010), the primary care services, which reach a wide range of women, are in a unique position to effectively intervene and support women in whose case the risk persists even after the violence has stopped, at least temporarily. Important to note that after the separation violence is often more severe and increase the risk of homicide (Dobash, Dobash, Cavanagh, & Medina-Ariza, 2007).

Strengths and Limitations

The present study has many limitations which need to be taken into account for a critical evaluation of its results. The cross-sectional nature of the data means that the relationship between the predictor variables and the abuse cessation should not be taken as a cause-and-effect relationship. However, our data support the hypothesis that abuse cessation is more likely to be a consequence of predictor factors (socio-demographic and abuse characteristics) than its cause.

A further limitation is related to the exclusion of women who attended the practice accompanied by their husband or partner. The prevalence of IPV may be greater among this subgroup of women who may be controlled by their partners. Despite the association found by previous studies between the persistence of IPV and low socioeconomic levels, illiterate women were not allowed to complete the written questionnaire of this study. The exclusion of these women could lead to underestimation of some associations. However, this underestimation may have been “offset” by an overestimation of the data, because the study sample was recruited in primary care, and it has been demonstrated that abused women make greater use of health services than do non abused women (Montero et al., 2011). Even the less, the social and

demographic characteristics of women included in this study are similar to national data (Spanish Statistical Office, 2011).

As intimate partner violence is self-reported by women, they may not always opt to disclose violence or abuse. As a result, it is not known whether the factors associated with the cessation or continuation of IPV, are different or the same for the groups analyzed. Taking into account that we not asked specifically if the violence perpetrated in the last year has been by the same partner or another, it is not possible to know if the violence continues or is a new re-abuse again. Given that the Spouse Abuse Index measures the presence and severity of IPV in the last year, we can not rule out that some women classified as "No current IPV", can continue exposed but with a less frequency and intensity.

Future Research

Despite these limitations, the present study provides a new insight into the factors associated with cessation and persistence of IPV of varied types and durations against women of different ages and socioeconomic levels. Further longitudinal studies are needed to predict when and why IPV ceases or continues, so that clinical interventions can be developed, depending on the needs of abused women.

References

- Aldarondo, E., & Sugarman, D. B. (1996). Risk marker analysis of the cessation and persistence of wife assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64* (5), 1010-1019. doi:10.1037/0022-006X.64.5.1010
- Anderson, D., & Saunders, D. G. (2003). Leaving an abusive partner: an empirical review of predictors, the process of leaving, and psychological well-being. *Trauma Violence and Abuse, 4*(2), 163-191. doi: 10.1177/1524838002250769
- Blake, R. L., & McKay, D.A. (1986). A single-item measure of social support as a predictor of morbidity. *The Journal of Family Practice, 22*(1), 82-84.
- Bybee, D., & Sullivan, C. M. (2005). Predicting re-victimization of battered women years after exiting a Shelter Program. *American Journal of Community Psychology, 36*(1-2), 85–96. doi: 10.1007/s10464-005-6234-5
- Burke, J. G., Mahoney, P., Gielen, A., McDonnell, K. A., & O'Campo, P. (2009). Defining appropriate stages of change for intimate partner violence survivors. *Violence & Victims, 24* (1), 36-51.
- Chang, J. C., Dado, D., Ashton, S., Hawker, L., Cluss, P. A., Buranosky, R., & Scholle, S. H. (2006). Understanding behaviour change for women experiencing intimate partner violence: mapping the ups and downs using the stages of change. *Patient education and counseling. 62*(3), 330-339.
- Clements, C., Sabourin, C. M., & Spiby, L. (2004). Dysphoria and hopelessness following battering: the role of perceived control, coping, and self-esteem. *Journal of Family Violence, 19*(1), 25-36.
doi: 10.1023/B:JOFV.0000011580.63593.96.
- Cluss, P.A., Chang, J.C., Hawker, L., Scholle, S.H., Dado, D., Buranosky, R., & Goldstrohm, S. (2006). The process of change for victims of intimate partner

- violence: support for a psychosocial readiness model. *Women's Health Issues, 16(5)*, 262-274.
- Coker, A. L., Derrick, C., Lumpkin, J. L., Aldrich, T. E., & Oldendick, R. (2000). Help-seeking for intimate partner violence and forced sex in South Carolina. *American Journal of Preventive Medicine, 19(4)*, 316–320.
- Coker, A. L., Flerx, V. C., Smith, P. H., & Whitaker, D. J. (2007). Intimate partner violence incidence and continuation in a Primary care screening program. *American Journal of Epidemiology, 165(7)*, 821-827. doi: 10.1093/aje/kwk074
- Dobash, R. E., Dobash, R.P., Cavanagh, K., & Medina-Ariza, J. (2007). Lethal and nonlethal violence against an intimate female partner: Comparing male murderers to nonlethal abusers. *Violence Against Women, 13(4)*, 329–353. doi: 10.1177/1077801207299204
- Ellsberg, M. C., Winkvist, A., Peña, R., & Stenlund, H. (2001). Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *Journal of Epidemiology & Community Health, 55(8)*, 547-555. doi:10.1136/jech.55.8.547
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C., & WHO (2008). Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet, 371(9619)*, 1165-1172. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60522-X
- Fanslow, J. L., & Robinson, E. M. (2010). Help-seeking behaviors and reasons for help seeking reported by a representative sample of women victims of intimate partner violence in New Zealand. *Journal of Interpersonal Violence, 25(5)*, 929-951. doi:10.1177/0886260509336963

- Feld, S. L., & Straus, M. A. (2006). Escalation and desistance of wife assault in marriage. *Criminology*, 27(1), 141-162. doi: 10.1111/j.1745-125.1989.tb00866.x
- Fishman, P. A., Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., & Rivara, F. P. (2010). Changes in health care costs over time following the cessation of intimate partner violence. *Journal of General Internal Medicine*, 25(9), 920-925. doi: 10.1007/s11606-010-1359-0
- Fleury, R. E., Sullivan, C. M., & Bybee, D. I. (2000). When ending the relationship does not end the violence: women's experience of violence by former partners. *Violence against Women*, 6(12), 1363-1383. doi: 10.1177/10778010022183695
- Follingstad, D. R. (2009). The impact of psychological aggression on women's mental health and behavior: The status of the field. *Trauma Violence Abuse*, 10(3), 271-289. doi:10.1177/1524838009334453
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-1269. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69523-8
- Gondolf, E. W. (2002). Services barriers for battered women with male partners in battered programs. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(2), 217-227. doi:10.1177/0886260502017002007
- Goodman, L., Dutton, M. A., Vankos, N., & Weinfurt K. (2005). Women's resources and use of strategies as risk and protective factors for reabuse over time. *Violence Against Women*, 11(3), 311-336. doi: 10.1177/1077801204273297
- Hilton, N. Z., & Harris, G. T. (2005). Violence does not always become a stable habit. Predicting wife assaults: a critical review and implication in policy and practice. *Trauma, Violence and Abuse*, 6(1), 3-23.

- Hosmer, D., & Lemeshow, S. (1989). *Applied Logistic Regression*. New York: Wiley J.
- Johnson, H. (2003). The Cessation of Assaults on Wives. *Journal of Comparative Family Studies*, 34, 75–91.
- Kernic, M. A., Holt, V. L., Stoner, J. A, Wolf, M. E., & Rivara, F. P. (2003). Resolution of depression among victims of intimate partner violence: is cessation of violence enough? *Violence and Victims*, 18(2), 115-129.
- Kim, H. K., Laurent, H. K., Capaldi, D. M., & Feingold, A. (2008). Men's aggression toward women: A 10-year panel study. *Journal of Marriage and Family*, 70(5), 1169–1187. doi:10.1111/j.1741-3737.2008.00558.x
- Kuijpers, K. F., van der Knaap, L. M., & Winkel, F. W. (2012a). Risk of revictimization of Intimate partner violence: The role of attachment, anger and violent behavior of the victim. *Journal of Family Violence*, 27(1), 33–44.
- Kuijpers, K. F., van der Knaap, L. M., & Winkel, F. W. (2012b). Victims' influence on intimate partner violence revictimization: an empirical test of dynamic victim-related risk factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(9), 1716-1742. doi: 10.1177/0886260511430389
- Landenburger, K. (1989). A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship. *Issues in Mental Health Nursing*, 10(3-4), 209–227.
- Lawrence, E., Yoon, J., Langer, A., & Ro, E. (2009). Is psychological aggression as detrimental as physical aggression? The independent effects of psychological aggression on Depression and anxiety symptoms. *Violence and Victims*, 24(1), 20–35. doi:10.1891/0886-6708.24.1.20
- Liang, B., Goodman, L., Tummala-Narra, P., & Weintraub, S. (2005). A theoretical framework for understanding help seeking process among survivors of intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology*, 36(1-2), 71- 84.

Logan, T., Shannon, L., & Walker, R. (2005). *Partner violence and stalking of women: context, consequences and coping*. New York: Springer.

Ministry of Health, Social Services and Equality. *Macro survey of gender violence, 2011*. Madrid, Spain. Available at:
http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf

Ministry of Health, Social Services and Equality. *Fatal victims of gender violence, 2012*. Madrid, Spain. Available at:
http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalesEstadistico/docs/VMortales_31diciembre_2012.pdf

Meritt-Gray, M., & Wuest, J. (1995). Counteracting abuse and breaking free: the process of leaving revealed through women's voices. *Health Care for Women International, 16*(5), 399-412.

Montero, I., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Vives-Cases, C., Plazaola-Castaño, J., Talavera, M., & Peiró, R. (2012). Strategic responses to intimate partner violence against women in Spain: a national study in primary care. *Journal of Epidemiology & Community Health, 66*(4), 352-358.
doi: 10.1136/jech.2009.105759

Montero, I., Ruiz-Perez, I., Martín-Baena, D., Talavera, M., Escribà-Agüir, V., & Vives, C. (2011). Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Women's Health Issues, 21*(5), 400-406.
doi:10.1016/j.whi.2011.04.003.

Moss, V. A., Pitula, C. R., Campbell, J. C., & Halstead, L. (1997). The experience of terminating an abusive relationship from an Anglo and African-American

Journal of Family Violence, In Press

perspective: a qualitative descriptive study. *Issues in Mental Health Nursing*, 18(5), 433-454.

Pan American Health Organization (PAHO). (2000). *Domestic violence: Women's way out*. Washington, DC: U.S.A. Available at:

<http://www1.paho.org/English/HDP/HDW/womenswayout.pdf>

Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Perez, I.; Escribà-Agüir, V., Jiménez-Martin, J., & Hernandez-Torres, E. (2009). Validation of the Spanish version of the Index of Spouse Abuse. *Journal of Women's Health*, 18(4), 499–506.

doi: 10.1089/jwh.2008.0944

Rubin, J. Z., Brockner, J., Small-Weil, S., & Nathanson, S. (1980). Factors affecting entry into psychological traps. *Journal of Conflict Resolution*, 24(3), 405–426.

doi: 10.1177/002200278002400302

Ruiz-Pérez, I., Mata-Pariente, N., & Plazaola-Castaño, J. (2006). Women's response to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(9), 1156 -1168.

doi:10.1177/0886260506290421

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Del Rio-Lozano, M., & the Gender Violence Study Group. (2006). How do women in Spain deal with an abusive relationship?. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(8), 706-711.

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Vives-Cases, C., Montero-Piñar, M.I., Escribà-Agüir, V., Jiménez-Gutiérrez, E., & Martín-Baena, D. (2010) Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España [Geographical variability in violence against women in Spain]. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 128–135. doi:10.1016/j.gaceta.2009.10.014

Ruiz-Pérez, I., Rodríguez-Madrid, M., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, I., Escribà-Agüir, V., Márquez-Herrera, N., Sanz-Peregrín, C., & Nevot-Cordero, A.

(2013). Inhibiting and Facilitating Factors to end a Violent Relationship: Patterns of Behavior Among Women in Spain. *Violence and Victims*, 28(5), 884-898. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-12-00055

Spanish Statistical Office. *Population and Housing Census, 2011*. Madrid: Spain.

Available at:

http://www.ine.es/en/censos2011_datos/cen11_datos_resultados_en.htm

Sonis, J., & Langer, M. (2008). Risk and protective factors for recurrent intimate partner violence in a cohort of low-income inner-city women. *Journal of Family Violence*, 23(7), 529-538. doi: 10.1007/s10896-008-9158-7

Vives-Cases, C., Gil-González, D., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, M. I., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Ortiz-Barreda, G., & Torrubiano-Domínguez, J. (2009). Violence against immigrant and Spanish women: scale of the problem, responses and current policies. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 100-106. doi:10.1016/j.gaceta.2009.07.008.

Walker, L.E. (1977). Battered women and learned helplessness. *Victimology*, 2(3-4), 525-534.

Wofford Mihalic, S., Elliott, D. y Menard, S. (1994). Continuities in marital violence. *Journal of Family Violence*, 9(3), 195-225. doi: 10.1007/BF01531948

World Health Organization (WHO). *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women, 1999*.

Geneva: Switzerland. Available at:

http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/130.pdf

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

En este apartado se exponen las conclusiones más relevantes en función de los resultados obtenidos en nuestra investigación:

1. Cerca del 30% de las mujeres de mediana edad y mayores que acuden a centros de atención primaria han sido víctimas de violencia por un compañero íntimo a lo largo de su vida, con una duración de la relación de violencia en torno a los 20 años.
2. La mayor prevalencia de VCI alguna vez en la vida se da en mujeres de 55 a 59 años reduciéndose conforme aumenta la edad.
3. Las mujeres con antecedentes de violencia por el compañero íntimo tienen menos recursos económicos y menos apoyo social que las mujeres sin historia de violencia.
4. El tipo de maltrato más frecuente es el psicológico, sólo o en combinación con otros tipos de maltrato.
5. Las mujeres que sufren maltrato por el compañero íntimo presentan peor estado de salud (físico y mental) y mayor consumo de psicofármacos que las mujeres no maltratadas.
6. El impacto en la salud difiere en función de la tipología del maltrato, el maltrato físico se asocia a problemas somáticos mientras que el maltrato psicológico se asocia al malestar psicológico.
7. Cada año de abuso incrementa la probabilidad de consumo de tranquilizantes y/o antidepresivos.
8. Las mujeres de mediana edad y mayores, con antecedentes de VCI, hacen un uso significativamente mayor de los servicios de atención primaria que aquellas con la misma edad

sin historia de violencia. Cuando el maltrato es sólo psicológico aumenta, no solo la frecuentación en atención primaria sino también la de los servicios de urgencia.

9. El uso de los servicios especializados se incrementan en función de los años de duración de la relación violenta.

10. La mayor frecuencia de uso de los servicios sanitarios por mujeres a partir de los 55 años con quejas somáticas crónicas así como de sintomatología depresiva o ansiosa, deben alertar a los profesionales sanitarios de la posible existencia de una relación de violencia antes de considerar que se trata de problemas asociados a la edad.

11. En el 36% de las mujeres con antecedentes de violencia por el compañero íntimo en el pasado, la violencia ha cesado en el último año.

12. El mayor porcentaje de cese de VCI se da en mujeres jóvenes, con mayor nivel educativo y apoyo social, con agresiones físicas y cuya respuesta para afrontar la situación de violencia fue la separación de pareja.

13. Los factores socio demográficos que mejor predicen el cese de la violencia son: estado civil (soltera o divorciada), no tener hijos a cargo, y ser española de origen.

14. Las mujeres inmigrantes suelen denunciar a su agresor a la policía con mayor frecuencia que las nativas, que tienden a acudir a la familia o a los servicios sanitarios.

15. Las agresiones físicas son un factor determinante para el cese de la VCI, con una probabilidad diez veces mayor que en otros tipos de maltrato.

16. Cuando la violencia se inicia en edades tempranas y su duración es menor, la probabilidad de cese es dos veces mayor que en caso de iniciarse en edades más tardías y prolongarse en el tiempo.

17. Las mujeres que se separan del agresor tienen cinco veces más posibilidades de poner fin a la violencia, aunque sin garantías de que ésta no vuelva tras la separación.
18. Consideramos una prioridad el mantener las intervenciones y el apoyo mientras que el riesgo persista y prevenir nuevos episodios.
19. Se necesita desarrollar nuevos protocolos que permitan identificar el abuso psicológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aldarondo, E. y Sugarman, D. B. (1996). Risk marker analysis of the cessation and persistence of wife assault. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (5), 1010-1019.
doi:10.1037/0022-006X.64.5.1010
- Anderson, D. y Saunders, D. G. (2003). Leaving an abusive partner: an empirical review of predictors, the process of leaving, and psychological well-being. *Trauma Violence and Abuse*, 4(2), 163-191. doi: 10.1177/1524838002250769
- Allen, C. T., Swan, S. C. y Rhagavan, C. (2009). Gender symmetry, sexism, and intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(11), 1816–1834.
doi: 10.1177/0886260508325496
- Baker, M. W., LaCroix, A. Z., Wu, C., Cochrane, B. B., Wallace, R. y Woods, N. F. (2009). Mortality Risk Associated with Physical and Verbal Abuse in Women Aged 50 to 79. *Journal of American Geriatrics Society*, 57(10), 1799–1809.
doi: 10.1111/j.1532-5415.2009.02429.x
- Belknap, J., Melton, H., Denney, J., Fleury-Steiner, R. y Sullivan, C. (2009). The levels and roles of social and institutional support reported by survivors of intimate partner violence. *Feminist Criminology*, 4(4), 377-402. doi: 10.1177/1557085109344942
- Black, M. C., Basile, K. C., Breiding, M. J., Smith, S. G., Walters, M. L., Merrick, M. T. y Stevens, M. R. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention

- Black, M. C. y Breiding, M. J. (2008). *Adverse health conditions and health risk behaviors associated with intimate partner violence*. United States, 2005. MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Blake, R. L. y McKay, D. A. (1986). A single-item measure of social support as a predictor of morbidity. *The Journal of Family Practice*, 22(1), 82-84.
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Carrell, D., Fishman, P. A., Rivara, F. P. y Thompson, R. S. (2007). Intimate Partner Violence in Older Women. *The Gerontologist*, 47(1), 34-41. doi: 10.1093/geront/47.1.34
- Bradley, F., Smith, M., Long, J. y O'Dowd, T. (2002). Reported frequency of domestic violence: cross sectional survey of women attending general practice. *British Medical Journal*, 324, 271-274.
- Brown, J. B., Lent, B., Brett, P. J., Sas, G. y Pederson, L. L. (1996). Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Family Medicine*, 28(6), 442-448.
- Bybee, D. y Sullivan, C. M. (2005). Predicting re-victimization of battered women years after exiting a Shelter Program. *American Journal of Community Psychology*, 36(1-2), 85-96. doi: 10.1007/s10464-005-6234-5
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359, 1331-1336.
- Campbell, J. y Soeken, K. (1999). Women's responses to battering over time: an analysis of change. *Journal of Interpersonal Violence*, 14(1), 21-40. doi: 10.1177/088626099014001002

- Chang, J. C., Cluss, P. A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., McNeil, M. y Scholle, S. H. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: What women want?. *Women's Health Issues, 15*(1), 21–30.
- Clark, J. P. y Du Mont, J. (2003). Intimate partner violence and health: a critique of Canadian prevalence studies. *Canadian Journal of Public Health, 94*(1), 52-58.
- Clements, C., Sabourin, C. M. y Spiby, L. (2004). Dysphoria and hopelessness following battering: the role of perceived control, coping, and self-esteem. *Journal of Family Violence, 19*(1), 25-36. doi: 10.1023/B:JOFV.0000011580.63593.96.
- Cluss, P. A., Chang, J. C., Hawker, L., Scholle, S. H., Dado, D., Buranosky, R., y Goldstrohm, S. (2006). The process of change for victims of intimate partner violence: support for a psychosocial readiness model. *Women's Health Issues, 16*(5), 262-274.
- Coker, A. L., Smith, P. H., McKeown, R. E. y King, M. J. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. *American Journal of Public Health, 90*(4), 553-559.
- Coker, A. L., Reeder, C. E., Fadden, M. K. y Smith, P. H. (2004). Physical partner violence and Medicaid utilization and expenditures. *Public Health Report, 119*(6), 557–567.
doi: 10.1016/j.phr.2004.09.005
- Coker, A. L., Flerx, V. C., Smith, P. H. y Whitaker, D. J. (2007). Intimate partner violence incidence and continuation in a Primary care screening program. *American Journal of Epidemiology, 165*(7), 821-827. doi: 10.1093/aje/kwk074
- Cooper, C., Selwood, A. y Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. *Age and Ageing, 37*(2), 151–160. doi: 10.1093/ageing/afm194

- Constantino, R., Kim, Y. y Crane, P. A. (2005). Effect of a social support intervention on health outcomes in residents of a domestic violence shelter: A pilot study. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(6), 575–590. doi: 10.1080/01612840590959416
- Crowne, S. S., Juon, H. S., Ensminger, M., Bair-Merritt, M. H. y Duggan, A. (2012). Risk factors for intimate partner violence initiation and persistence among high psychosocial risk Asian and Pacific Islander women in intact relationships. *Womens Health Issues*, 22(2), 181-188. doi: 10.1016/j.whi.2011.08.006.
- Daly, J. M., Hartz, A. J., Stromquist, A. M., Peek-Asa, C. y Jogerst, G. J. (2008). Self-reported elder domestic partner violence in one rural Iowa County. *Journal of Emotional Abuse*, 7, 115-134. doi:10.1300/J135v07n04_06
- Davidson, L. L., Grisso, J. A., Garcia-Moreno, C., Garcia, J., King, V. J. y Marchant, S. (2001). Training programs for health care professionals in domestic violence. *Journal of Women's Health*, 10(10), 953-969.
- Desmarais, S. L., y Reeves, K. A. (2007). Gray, black and blue: The state of research and intervention for intimate partner abuse among elders. *Behavioral Sciences and the Law*, 25(3), 377–391. doi: 10.1002/bsl.763
- Dobash, R. y Wilson, M. (1992). The myth of sexual symmetry in marital violence. *Social Problems*, 39(1), 71–91.
- Duterte, E. E., Bonomi, A. E., Kernic, M. A., Schiff, M. A., Thompson, R. S. y Rivara, F. P. (2008). Correlates of medical and legal help seeking among women reporting intimate partner violence. *Journal of Women's Health*, 17(1), 85-95. doi: 10.1089/jwh.2007.0460

- Ellsberg, M. C., Winkvist, A., Peña, R. y Stenlunda, H. (2001). Women's strategic responses to violence in Nicaragua. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 55(8), 547-555. doi:10.1136/jech.55.8.547
- Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Montero-Piñar, M. I., Vives-Cases, C., Plazaola-Castaño, J. y Martín-Baena, D.; G6 for the Study of Gender Violence in Spain. (2010). Partner violence and psychological well-being: buffer or indirect effect of social support. *Psychosomatic Medicine*, 72(4), 383-389. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181d2f0dd
- Fanslow, J. y Robinson, E. (2004). Violence against women in New Zealand: prevalence and health consequences. *New Zealand Medical Journal*, 117, 1-12.
- Feld, S. L. y Straus, M. A. (2006). Escalation and desistance of wife assault in marriage. *Criminology*, 27(1), 141-162. doi: 10.1111/j.1745-125.1989.tb00866.x
- Fernández-Fuertes, A. A. y Fuertes, A. (2010). Physical and psychological aggression in dating relationships of Spanish adolescents: motives and consequences. *Child Abuse & Neglect*, 34(3), 183-191. doi: 10.1016/j.chiabu.2010.01.002.
- Field, C. A. y Caetano, R. (2005). Longitudinal model predicting mutual partner violence among White, Black, and Hispanic couples in the United States general population. *Violence and Victims*, 20(5), 499-511.
- Fisher, B. S. y Regan, S. L. (2006). The extent and frequency of abuse in the lives of older women and their relationship with health outcomes. *The Gerontologist*, 46(2), 200-209.
- Fishman, P. A., Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J. y Rivara, F. P. (2010). Changes in health care costs over time following the cessation of intimate partner violence. *Journal of General Internal Medicine*, 25(9), 920-925. doi: 10.1007/s11606-010-1359-0

- Fleury, R. E., Sullivan, C. M. y Bybee, D. I. (2000). When ending the relationship does not end the violence: women's experience of violence by former partners. *Violence against Women*, 6(12), 1363-1383. doi: 10.1177/10778010022183695
- Follingstad, D. R. (2009). The impact of psychological aggression on women's mental health and behavior: The status of the field. *Trauma Violence Abuse*, 10(3), 271-289. doi:10.1177/1524838009334453
- Fry, P. S. y Barker, L. A. (2001). Female survivors of violence and abuse: The regrets of action and inaction in coping. *Journal of Interpersonal Violence*, 16 (4), 320-342. doi: 10.1177/088626001016004004
- García-Linares, M. I., Sánchez-Lorente, S., Coe, C. L. y Martínez, M. (2004). Intimate male partner violence impairs immune control over herpes simplex virus type 1 in physically and psychologically abused women. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 965-972.
- García-Moreno, C., Jansen, H. A., Ellsberg, M., Heise, L., y Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-1269. doi: 10.1016/S0140-6736(06)69523-8
- Garre-Olmo, J., Planas, X., Lopez, S., Juvinya, D., Vila, A. y Vilalta, J., on behalf of the Frailty and Dependence in Girona Study Group. (2009). Prevalence and Risk Factors of Suspected Elder Abuse Subtypes in People Aged 75 and Older. *Journal of American Geriatrics Society*, 57(5), 815-822.
- Gispert, R., Rajmil, L., Schiaffino, A. y Herdman M. (2003). Sociodemographic and health-related correlates of psychiatric distress in a general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(12), 677-683.

- Glass, N., Dearwater, S. y Campbell, J. (2001). Intimate partner violence screening and intervention: Data from eleven Pennsylvania and California community hospital emergency departments. *Journal of Emergency Nursing*, 27(2), 141-149.
- Gondolf, E.W. (2002). Services barriers for battered women with male partners in battered programs. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(2), 217-227.
- doi: 10.1177/0886260502017002007
- Goodman, L., Dutton, M. A., Vankos, N. y Weinfurt K. (2005). Women's resources and use of strategies as risk and protective factors for reabuse over time. *Violence Against Women*, 11(3), 311-336. doi: 10.1177/1077801204273297
- Grynbaum, M., Biderman, A., Levy, A. y Petasne-Weinstock, S. (2001). Domestic violence: prevalence among women in a primary care center-a pilot study. *The Israel Medical Association Journal*, 3(12), 907-910.
- Gundersen, L. (2002). Intimate-partner violence: the need for primary prevention in the community. *Annals of Internal Medicine*, 136(8), 637-640.
- Helweg-Larsen, K. y Kruse, M. (2003). Violence against women and consequent health problems: a register-based study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 31(1), 51-57.
- Hightower, J., Smith, M. J. y Hightower, H. C. (2006). Hearing the voices of abused older women. *Journal of Gerontological Social Work*, 46(3-4), 205-227.
- Hilton, N. Z., y Harris, G. T. (2005). Violence does not always become a stable habit. Predicting wife assaults: a critical review and implication in policy and practice. *Trauma, Violence and Abuse*, 6(1), 3-23.
- Ingram, E.M. (2007). A comparison of help seeking between latino and non-latino victims of Intimate partner violence. *Violence against Women*, 13(2), 159-171.

- Jasinski, J. L. (2001). Physical violence among Anglo, African American, and Hispanic couples: Ethnic differences in persistence and cessation. *Violence and Victims*, 16(5), 479–490.
- Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet*, 359, 1453-1429.
- Johnson, H. (2003). The Cessation of Assaults on Wives. *Journal of Comparative Family Studies*, 34(1), 75–91.
- Kernic, M. A., Holt, V. L., Stoner, J. A, Wolf, M. E. y Rivara, F. P. (2003). Resolution of depression among victims of intimate partner violence: is cessation of violence enough? *Violence and Victims*, 18(2), 115-129.
- Kim, H. K., Laurent, H. K., Capaldi, D. M. y Feingold, A. (2008). Men’s aggression toward women: A 10-year panel study. *Journal of Marriage and Family*, 70(5), 1169–1187. doi:10.1111/j.1741-3737.2008.00558.x
- Koss, M. P., Koss, P. G. y Woodruff, W. J. (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women’s health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 151(2), 342-347.
- Krug, E., Dahlberg, L., Mercy, J., Zwi, A. y Lozano, R. (Eds.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Kuijpers, K. F., van der Knaap, L. M. y Winkel, F. W. (2012). Risk of revictimization of Intimate partner violence: The role of attachment, anger and violent behavior of the victim. *Journal of Family Violence*, 27(1), 33–44. doi:10.1007/s10896-011-9399-8
- Landenburger, K. (1989). A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship. *Issues in Mental Health Nursing*, 10(3-4), 209–227.
- Lawrence, E., Yoon, J., Langer, A. y Ro, E. (2009). Is psychological aggression as detrimental as physical aggression? The independent effects of psychological aggression on

depression and anxiety symptoms. *Violence and Victims*, 24(1), 20–35.
doi:10.1891/0886-6708.24.1.20

Leite, C., Cavalcante, P. y Reichenheim, M. E. (2008). Rompendo o silêncio e suas barreiras: um inquérito domiciliar sobre a violência doméstica contra idosos em área de abrangência do Programa Médico de Família de Niterói, Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24 (10), 2289–2300.

Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. Boletín Oficial del Estado, 313, de 28 de diciembre de 2004.

Liang, B., Goodman, L., Tummala-Narra, P., y Weintraub, S. (2005). A theoretical framework for understanding help seeking process among survivors of intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology*, 36(1-2), 71-84.

Logan, T., Shannon, L. y Walker, R. (2005). *Partner violence and stalking of women: context, consequences and coping*. New York: Springer.

Lundy, M. y Grossman, S. F. (2004). Elder abuse: Spouse/intimate partner abuse and family violence among elders. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 16(1), 85-102.

doi: 10.1300/J084v16n01_05

Martinez, M. y Schröttle, M. (2006). State of European research on the prevalence of interpersonal violence and its impact on health and human rights. Co-ordination Action on Human Rights Violations (CAHRV). Recuperado de:

[www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/CAHRVreportPrevalence\(1\).pdf](http://www.cahrv.uni-osnabrueck.de/reddot/CAHRVreportPrevalence(1).pdf)

McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K. y Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy: severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *JAMA*, 267, 3176-3178.

McNutt L. A., Carlson B. E., Persaud M. y Postmus J. (2002). Cumulative abuse experiences, physical health and health behaviors. *Annals of Epidemiology*, 12(2), 123-130.

Mechanic, M. B., Weaver, T. L. y Resnick, P. A. (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse: A multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*, 14(6), 634–654. doi: 10.1177/1077801208319283

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSPS). *Macro encuesta de Violencia de Género, 2011*. Madrid, España. Disponible en:

http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1329745747_macroencuesta2011_principales_resultados-1.pdf

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSPS). *Víctimas mortales por violencia de género, 2013*. Madrid, España. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/portalEstadistico/docs/VMortales_2013_cierre_def%281%29.pdf

Montero, I., Escriba, V., Ruiz-Pérez, I., Vives-Cases, C., Martín-Baena, D., Talavera, M. y Plazaola, J. (2011a). Interpersonal violence and women's psychological well-being. *Journal of Women's Health*, 20(2):295-301. doi: 10.1089/jwh.2010.2136.

Montero, I., Ruiz-Pérez, I., Martín-Baena, D., Talavera, M., Escribà-Agüir, V. y Vives, C. (2011b). Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Women's Health Issues*, 21(5), 400-406.

doi:10.1016/j.whi.2011.04.003.

Montero, I., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Vives-Cases, C., Plazaola-Castaño, J., Talavera, M. y Peiró, R. (2012). Strategic responses to intimate partner violence against women in

- Spain: a national study in primary care. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 66(4), 352-358. doi: 10.1136/jech.2009.105759
- Nicolaidis, C., Curry, M., McFarland, B. y Gerrity, M. (2004). Violence, mental health, and physical symptoms in an academic internal medicine practice. *Journal of General Internal Medicine*, 19(8), 819–827.
- Olive, P. (2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: A review of the evidence base. *Journal of Clinical Nurses*, 16(9), 1736–1748.
- Organización de las Naciones Unidas (ONU) (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres* (Res. A/R/48/104). Nueva York: Naciones Unidas.
- Pico-Alfonso, M. A., García-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Herbert, J. y Martínez, M. (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, 56(4), 233-240.
- Pico-Alfonso, M. A., Echeburúa, E. y Martínez, M. (2008). Personality disorder symptoms as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23(7), 577-588. doi: 10.1007/s10896-008-9180-9
- Plazaola-Castaño, J. y Ruiz-Pérez, I. (2004). Intimate partner violence against women and physical and mental health consequences. *Medicina Clínica*, 122(12), 461-467.
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I.; Escribá-Agüir, V., Jiménez-Martin, J. y Hernandez-Torres, E. (2009). Validation of the Spanish version of the Index of Spouse Abuse. *Journal of Women's Health*, 18(4), 499–506. doi: 10.1089/jwh.2008.0944
- Plichta, S. B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences: policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1296–1323.
- doi: 10.1177/0886260504269685

- Plichta, S. B. (2007). Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system. Policy and practice implications. *Trauma, Violence, & Abuse, 8*(2), 226–239. doi: 10.1177/1524838007301220
- Quigley, B. M. y Leonard, K. E. (1996). Desistance of husband aggression in the early years of marriage. *Violence and Victims, 11*(4), 355–370.
- Ramsay, J., Carter, Y., Davidson, L., Dunne, D., Eldridge, S., Hegarty, K., Rivas, C., Taft, A. y Warburton, A. (2009). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews, 3*, CD005043.
doi: 10.1002/14651858.CD005043.pub2.
- Rennison, C. M. (2001). *Intimate partner violence and age of victim, 1993-99* (NCJ 187635). Washington, DC: U.S. Department of Justice. Recuperado de: <http://www.ncjrs.gov/App/publications/Abstract.aspx?id=187635>
- Rennison, C. M. y Rand, M. R. (2003). Nonlethal intimate partner violence against women: A comparison of three age cohorts. *Violence Against Women, 9*(12), 1417-1428.
doi: 10.1177/1077801203259232
- Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W. S., Moorey, S. y Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. *British Medical Journal, 324*, 274-277. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.324.7332.274>
- Rocha, K. B., Pérez K, Rodríguez-Sanz, M., Borrell, C. y Obiols, J.E. (2011). Propiedades psicométricas y valores normativos del General Health Questionnaire (GHQ-12) en población general española. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 11*(1), 125-139.

- Rodríguez-Franco, L., López-Cepero, J. y Rodríguez-Díaz, F. J. (2009). Violencia doméstica: una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Psicothema*, 21(2), 248–254.
- Romans, S., Cohen, M. M., Du Mont, J. y Hyman, I. (2007). Who is most at risk for intimate partner violence? : A Canadian Population-Based Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(12), 1495-1514. doi: 10.1177/0886260507306566
- Romito, P., Molzan, T. J. y De Marchi, M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social Science & Medicine*, 60(8), 1717-1727.
- Ruiz-Pérez, I., Mata-Pariente, N. y Plazaola-Castaño, J. (2006a). Women's response to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(9), 1156-1168.
doi: 10.1177/0886260506290421
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J. M., Ayuso-Martín, P. y Montero-Piñar, M. I. (2006b). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 202-208.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Alvarez-Kindelán, M., Palomo-Pinto, M., Arnalte-Barrera, M., Bonet-Pla, A., De Santiago-Hernando, M. L., Herranz-Torrubiano, A., Garralón-Ruiz, L. M. y Gender Violence Study Group. (2006c). Sociodemographic associations of physical, emotional, and sexual intimate partner violence in Spanish women. *Annals of Epidemiology*, 16(5), 357-363.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J. y Lozano, M. (2007). Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *European Journal of Public Health*, 17(5), 437-443. doi: 10.1093/eurpub/ckl280

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Vives-Cases, C., Montero-Piñar, M. I., Escribà-Agüir, V., Jiménez-Gutiérrez, E. y Martín-Baena, D. (2010). Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 128–135.

doi: 10.1016/j.gaceta.2009.10.014

Ruiz-Pérez, I., Rodríguez-Madrid, M., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, I., Escribà-Agüir, V., Márquez-Herrera, N., Sanz-Peregrín, C. y Nevot-Cordero, A. (2013). Inhibiting and Facilitating Factors to end a Violent Relationship: Patterns of Behavior Among Women in Spain. *Violence and Victims*, 28(5), 884-898. doi: 10.1891/0886-6708.VV-D-12-00055

Sánchez-López, M. P. y Dresch, V. (2008). The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20(4), 839-843.

Schafer, J., Caetano, R. y Clark, C. (1998). Rates of intimate partner violence in the United States. *American Journal of Public Health*, 88(11), 1702-1704.

Shear, M. K., Cloitre, M., Pine, D. y Ross, J. (2005). *Anxiety disorders in women: Setting a research agenda*. Silver Springs, MD: Anxiety Disorders Association of American.

Shugarman L. R., Fries B. E., Wolf R. S. y Morris J. N. (2003). Identifying older people at risk of abuse during routine screening practices. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(1), 24-31. doi: 10.1034/j.1601-5215.2002.51005.x

Sonis, J. y Langer, M. (2008). Risk and protective factors for recurrent intimate partner violence in a cohort of low-income inner-city women. *Journal of Family Violence*, 23(7), 529-538. doi: 10.1007/s10896-008-9158-7

Sprague, S., Goslings, J. C., Hogentoren, C., de Milliano, S., Simunovic, N., Madden, K. y Bhandari, M. (2014). Prevalence of intimate partner violence across medical and

surgical health care settings: a systematic review. *Violence Against Women*, 20(1), 118-136. doi: 10.1177/1077801213520574

Ulrich, Y. C., Cain, K. C., Sugg, N. K., Rivara, F. P., Rubanowice, D. M., y Thompson, R. S. (2003). Medical care utilization patterns in women with diagnosed domestic violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 24(1), 9-15.

Vives-Cases, C., Gil-González, D., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, M. I., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Ortiz-Barreda, G. y Torrubiano-Domínguez, J. (2009). Violence against immigrant and Spanish women: scale of the problem, responses and current policies. *Gaceta Sanitaria*, 23(1), 100-106. doi:10.1016/j.gaceta.2009.07.008.

Weeks, L, Richards, J. L., Nilsson, T., Kozma, A y Bryanton, O. (2004). A gendered analysis of the abuse of older adults: Evidence from professionals. *Journal of Elder Abuse*, 16(2), 1-15. doi: 10.1300/J084v16n02_01

Wofford Mihalic, S., Elliott, D. y Menard, S. (1994). Continuities in marital violence. *Journal of Family Violence*, 9(3), 195-225. doi: 10.1007/BF01531948

World Health Organization (WHO). *Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women, 1999*. Geneva: Switzerland. Available at: http://www.who.int/violence_injury_prevention/media/en/130.pdf

ANEXO



SALUD Y CALIDAD DE VIDA

¿CÓMO RELLENAR EL CUESTIONARIO?

- ⌋ La información que nos facilita es absolutamente anónima y confidencial
- ⌋ En la mayoría de las preguntas tendrá que marcar con una 'X' en el círculo o sobre el número que corresponda a su respuesta (sólo puede dar **una respuesta**)
- ⌋ En otras preguntas tendrá que contestar con números, que los colocará en el interior de unas casillas destinadas para ello
- ⌋ En algunas preguntas le dejamos una línea punteada para que Usted pueda responder. Por favor, escriba con **LETRAS MAYÚSCULAS**
- ⌋ Por favor, es muy importante que responda a **TODAS** las preguntas

ESTADO DE SALUD

1. Durante los últimos 12 meses, ¿diría Usted que su estado de salud ha sido?

- MUY BUENO
- BUENO
- REGULAR
- MALO
- MUY MALO

2. Durante el último mes, ¿ha presentado los siguientes problemas?

	NO, EN ABSOLUTO	NO MÁS QUE LO HABITUAL	ALGO MÁS QUE LO HABITUAL	MUCHO MÁS QUE LO HABITUAL
a. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?	0	1	2	3
b. ¿Se ha sentido constantemente agobiada y en tensión?	0	1	2	3
c. ¿Ha tenido la sensación de que no podía superar sus dificultades?	0	1	2	3
d. ¿Se ha sentido poco feliz y deprimida?	0	1	2	3
e. ¿Ha perdido confianza en sí misma?	0	1	2	3
f. ¿Ha pensado que es una persona que no sirve para nada?	0	1	2	3

	MUCHO MENOS QUE LO HABITUAL	MENOS QUE LO HABITUAL	IGUAL QUE LO HABITUAL	MÁS QUE LO HABITUAL
g. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía?	0	1	2	3
h. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	0	1	2	3
i. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	0	1	2	3
j. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades de cada día?	0	1	2	3
k. ¿Ha sido capaz de hacer frente, adecuadamente, a sus problemas?	0	1	2	3
l. ¿Se siente razonablemente feliz, considerando todas las circunstancias anteriormente mencionadas?	0	1	2	3

3. ¿Con cuántas personas puede realmente contar para que le ayuden cuando tiene un problema o dificultad, como por ejemplo cuidar un niño, hacer la comida, si está enferma, etc.?

_____ personas

4. Durante el último año, ¿ha padecido alguno de los siguientes problemas de salud?

	NO	SÍ
a. Jaquecas, migrañas o dolores de cabeza	0	1
b. Molestias de riñón o urinarias (retención de orina, infecciones urinarias, etc.)	0	1
c. Problemas digestivos (náuseas, diarrea, estreñimiento, etc.)	0	1
d. Dolores o molestias de cuello, hombro, espalda o cintura	0	1
e. Trastornos menstruales o ginecológicos (dolor, irregularidades, sangrado excesivo, infecciones, etc.)	0	1

5. Durante el último año, ¿ha consumido alguno de los siguientes medicamentos?

a. Tranquilizantes (*para los nervios*)

NO

SÍ

¿Nº de pastillas <u>al día</u> ?	¿Durante cuántos meses?
<input type="text"/> pastillas	<input type="text"/> meses

b. Antidepresivos (*para mejorar el ánimo*)

NO

SÍ

¿Nº de pastillas <u>al día</u> ?	¿Durante cuántos meses?
<input type="text"/> pastillas	<input type="text"/> meses

c. Analgésicos (*calmantes para los dolores*)

NO

SÍ

¿Nº de pastillas <u>al día</u> ?	¿Durante cuántos meses?
<input type="text"/> pastillas	<input type="text"/> meses

A CONTINUACIÓN ENCONTRARÁ UNA SERIE DE PREGUNTAS SOBRE SU ESTADO DE SALUD. INDIQUE SI DURANTE LOS ÚLTIMOS 6 MESES:

6. ¿se ha visto obligada a quedarse algún día en la cama por motivos de salud?

NO

SÍ

¿Cuántos días?
<input type="text"/> días

7. ¿ha estado hospitalizada como paciente al menos durante una noche?

NO

SÍ

¿Cuántas veces?
<input type="text"/> veces

8. ¿ha tenido que utilizar algún servicio de urgencias por algún problema, molestia o enfermedad suya?

NO

SÍ

¿Cuántas veces?
<input type="text"/> veces

9. ¿ha tenido que acudir a un centro de salud por algún problema, molestia o enfermedad suya?

NO

SÍ

¿Cuántas veces?
<input type="text"/> veces

10. ¿ha tenido que acudir a algún especialista por algún problema, molestia o enfermedad suya?

NO

SÍ

¿Cuántas veces?
<input type="text"/> veces

CALIDAD DE VIDA

11. Durante el último año, ¿ ha tenido o tiene pareja?



12. A CONTINUACIÓN LE FORMULAMOS UNA SERIE DE PREGUNTAS PARA CONOCER SI HA EXPERIMENTADO, DURANTE EL ÚLTIMO AÑO, ALGUNA DE ESTAS SITUACIONES EN SU RELACIÓN DE PAREJA

	NUNCA	RARA VEZ	ALGUNAS VECES	FRECUENTE	MUY FRECUENTE
1. Mi pareja me hace sentirme inferior (por ejemplo me dice que no valgo para nada o que no hago nada bien)	1	2	3	4	5
2. Mi pareja me exige obediencia ante sus caprichos	1	2	3	4	5
3. Mi pareja se enfada y se pone intratable cuando le digo que está bebiendo demasiado	1	2	3	4	5
4. Mi pareja me hace realizar actos sexuales que no me gustan o con los cuales no disfruto	1	2	3	4	5
5. A mi pareja le molesta mucho que la cena, las tareas de la casa o la colada no estén hechas para cuando él piensa que deberían estarlo	1	2	3	4	5
6. Mi pareja tiene celos y sospechas de mis amigos u otras personas cercanas (por ejemplo vecinos o compañeros de trabajo)	1	2	3	4	5
7. Mi pareja me da puñetazos	1	2	3	4	5
8. Mi pareja me dice que soy fea y poco atractiva	1	2	3	4	5
9. Mi pareja me dice que no podría arreglármelas o cuidar de mí misma sin él	1	2	3	4	5
10. Mi pareja actúa como si yo fuera su criada personal	1	2	3	4	5
11. Mi pareja me insulta o me avergüenza delante de los demás	1	2	3	4	5
12. Mi pareja se enfada mucho si no estoy de acuerdo con él	1	2	3	4	5
13. Mi pareja me amenaza con un objeto o arma (por ejemplo un cuchillo)	1	2	3	4	5
14. Mi pareja es tacaña a la hora de darme dinero para los asuntos de la casa	1	2	3	4	5
15. Mi pareja controla lo que gasto y a menudo se queja de que gasto demasiado (por ejemplo en ropa, teléfono, etc.)	1	2	3	4	5
16. Mi pareja no me valora intelectualmente (por ejemplo me dice que no sé nada, que me calle, que soy tonta, etc.)	1	2	3	4	5
17. Mi pareja exige que me quede en casa cuidando de los niños	1	2	3	4	5
18. Mi pareja me pega tan fuerte que debo buscar asistencia médica	1	2	3	4	5
19. Mi pareja cree que no debería trabajar o estudiar	1	2	3	4	5
20. Mi pareja no es una persona amable	1	2	3	4	5
21. Mi pareja no quiere que me relacione con mis amigas u otras personas cercanas (por ejemplo mi familia, vecinas/os o compañeras/os de trabajo)	1	2	3	4	5
22. Mi pareja exige que tengamos relaciones sexuales sin tener en cuenta si yo quiero o no	1	2	3	4	5
23. Mi pareja me chilla y me grita por cualquier motivo	1	2	3	4	5
24. Mi pareja me da bofetadas en la cara y la cabeza	1	2	3	4	5
25. Mi pareja se pone agresiva conmigo cuando bebe	1	2	3	4	5

26. Mi pareja es un mandón y me da órdenes constantemente	1	2	3	4	5
27. Mi pareja no respeta mis sentimientos, decisiones y opiniones	1	2	3	4	5
28. Mi pareja me asusta y me da miedo	1	2	3	4	5
29. Mi pareja me trata como si fuera idiota	1	2	3	4	5
30. Mi pareja actúa como si quisiera matarme	1	2	3	4	5

13. **Previamente al último año**, ¿ha tenido alguna pareja diferente a la actual o a la del último año?

NO → PASE A LA PREGUNTA N° 15
 SÍ

14. **Previamente al último año**, ¿esta pareja le ha maltratado:

	NUNCA	A VECES	MUCHAS VECES
a. fisicamente (por ejemplo abofeteado, empujado o golpeado, etc.)?	0	1	2
b. emocionalmente (por ejemplo le ha insultado, humillado ante otras personas, asustado, gritado o controlado no dejándole salir ni visitar a familiares y amigas /os, etc.)?	0	1	2
c. sexualmente (por ejemplo le ha forzado a tener relaciones sexuales cuando Usted no quería o le ha hecho hacer algún acto sexual que Usted consideró desagradable, etc.)?	0	1	2

SI ALGUNA VEZ EN SU VIDA, USTED HA SIDO MALTRATADA (FÍSICA, EMOCIONAL O SEXUALMENTE) POR SU PAREJA, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. EN CASO CONTRARIO PASE A LA PREGUNTA N° 18.

15. ¿Qué **edad** tenía cuando comenzó este maltrato?

_____ años

16. ¿Durante **cuántos años** ha sufrido este maltrato?

_____ años

17. ¿Cómo ha intentado resolver esta situación? (varias respuestas posibles)

- NO HE INTENTADO RESOLVER LA SITUACIÓN
- DESEO RESOLVER LA SITUACIÓN PERO NO SÉ CÓMO
- LO HE INTENTADO SOLUCIONAR HABLANDO CON MI PAREJA
- HE PEDIDO CONSEJO A MI FAMILIA Y/ O AMIGAS/OS
- ESTOY BUSCANDO TRABAJO PARA PODER SER INDEPENDIENTE ECONÓMICAMENTE DE MI PAREJA
- HE ACUDIDO A UNA ASOCIACIÓN O CENTRO DE ATENCIÓN A MUJERES
- HE ACUDIDO A PROFESIONALES SOCIOSANITARIOS (MÉDICAS/OS, PSICÓLOGAS/OS, ENFERMERAS/OS, TRABAJADORAS/ES SOCIALES,

ETC.)

7 HE DENUNCIADO A MI PAREJA

8 ME HE SEPARADO DE MI PAREJA

9 OTRAS ACCIONES (*especificar*):.....

18. Alguna vez en la vida, ¿ha sido maltratada (física, emocional o sexualmente) por alguna persona diferente a su pareja?

0 NO

1 SI, POR UN FAMILIAR

2 SI, POR UN VECINO/A

3 SI, POR UN COMPAÑERO/A DE TRABAJO

4 SI, POR UN COMPAÑERO/A DE ESTUDIOS

5 SI, POR UNA PERSONA DESCONOCIDA

6 SI, POR UN AMIGO/A

CARACTERÍSTICAS GENERALES

19. ¿Cuál es su edad? años

20. ¿Cuál es su país de origen?

ESPAÑA

OTRO (*especificar*):

21. ¿Cuál es su estado civil?

SOLTERA

CASADA

SEPARADA

DIVORCIADA

VIUDA

22. Actualmente, ¿tiene pareja?

NO

PASE A LA PREGUNTA N° 23

SÍ

→ a. ¿Convive con su pareja?

NO

SÍ

→ b. ¿Cuál es el país de origen de su pareja?

ESPAÑA

OTRO (*especificar*):

23. ¿Qué estudios tiene finalizados?

NO HE ESTUDIADO PERO SÉ LEER Y ESCRIBIR

ESTUDIOS PRIMARIOS (PRIMARIA, 1er CICLO DE EGB, GRADUADO ESCOLAR O EQUIVALENTE)

BACHILLER ELEMENTAL (ESO, 2º CICLO EGB, 1º Y 2º BUP, FPI O EQUIVALENTE)

BACHILLER SUPERIOR (3º BUP, COU, 1º Y 2º DE BACHILLER, FPII O EQUIVALENTE)

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DE GRADO MEDIO (DIPLOMATURA)

ESTUDIOS UNIVERSITARIOS DE GRADO SUPERIOR (LICENCIATURA)

24. ¿Tiene algún hijo/a que viva con Usted?

NO

SÍ → ¿Cuántos/as?

25. ¿En qué situación laboral se encuentra actualmente?

AMA DE CASA

EMPLEADA O CON UN TRABAJO REMUNERADO

EN PARO (COBRANDO EL PARO)

EN PARO (SIN COBRAR EL PARO)

JUBILADA

ESTUDIANTE

OTRA (*especificar*):

26. ¿Cuáles son los ingresos netos mensuales en su hogar?

- 0 MENOS DE 360 €
- 1 DE 361 A 600 €
- 2 DE 601 A 900 €
- 3 DE 901 A 1.200 €
- 4 DE 1.201 A 1.800 €
- 5 DE 1.801 A 3.600 €
- 6 DE 3.601 A 6.000 €
- 7 MÁS DE 6.000 €

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Si desea añadir algún comentario, indíquelo a continuación:



ANEXO. Índice de Impacto de las Publicaciones

JCR-Web 4.5 Impact Factor Boxplot

http://admin-apps.webofknowledge.com/JCR/JCR?RQ=IF_CAT_BO...

ISI Web of KnowledgeSM

Journal Citation Reports[®]



2012 JCR Social Science Edition

Rank in Category: JOURNAL OF WOMEN & AGING

Journal Ranking

For 2012, the journal **JOURNAL OF WOMEN & AGING** has an Impact Factor of **0.581**.

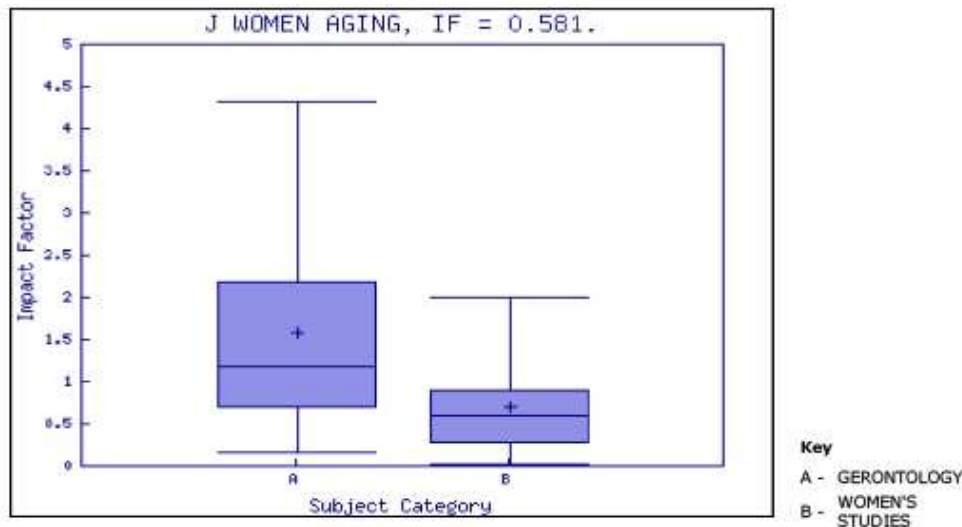
This table shows the ranking of this journal in its subject categories based on Impact Factor.

Category Name	Total Journals in Category	Journal Rank in Category	Quartile in Category
GERONTOLOGY	31	26	Q4
WOMEN'S STUDIES	38	19	Q3

Category Box Plot

For 2012, the journal **JOURNAL OF WOMEN & AGING** has an Impact Factor of **0.581**.

This is a box plot of the subject category or categories to which the journal has been assigned. It provides information about the distribution of journals based on Impact Factor values. It shows median, 25th and 75th percentiles, and the extreme values of the distribution.



[Acceptable Use Policy](#)
Copyright © 2014 Thomson Reuters.



ISI Web of KnowledgeSM

Journal Citation Reports[®]



2012 JCR Social Science Edition

Rank in Category: JOURNAL OF FAMILY VIOLENCE

Journal Ranking

For 2012, the journal **JOURNAL OF FAMILY VIOLENCE** has an Impact Factor of **0.940**.

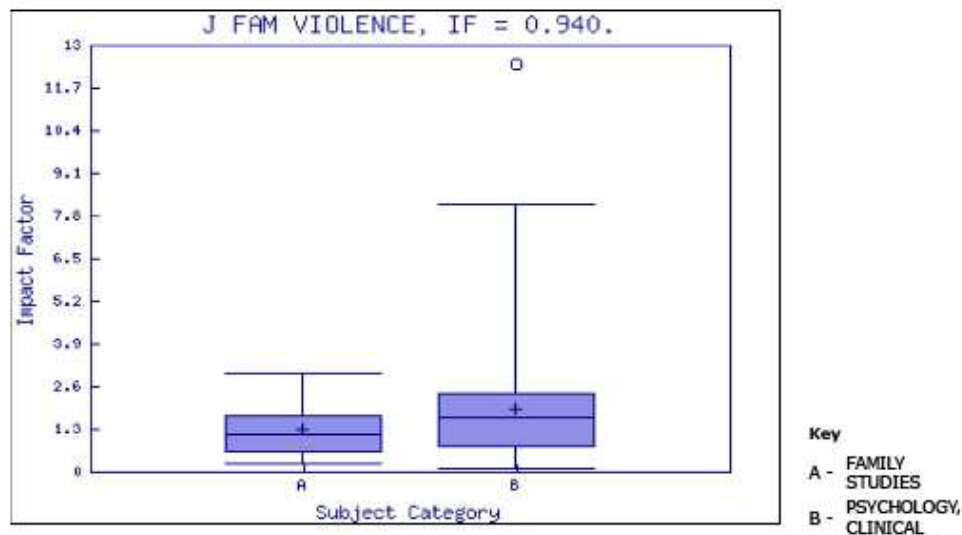
This table shows the ranking of this journal in its subject categories based on Impact Factor.

Category Name	Total Journals in Category	Journal Rank in Category	Quartile in Category
FAMILY STUDIES	38	24	Q3
PSYCHOLOGY, CLINICAL	114	79	Q3

Category Box Plot

For 2012, the journal **JOURNAL OF FAMILY VIOLENCE** has an Impact Factor of **0.940**.

This is a box plot of the subject category or categories to which the journal has been assigned. It provides information about the distribution of journals based on Impact Factor values. It shows median, 25th and 75th percentiles, and the extreme values of the distribution.



[Acceptable Use Policy](#)
Copyright © 2014 Thomson Reuters.

