



## Factores de riesgo psicopatológicos para la agresión en la pareja en una muestra comunitaria



María Luisa Cuenca\* y José Luis Graña

Universidad Complutense de Madrid, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 1 de abril de 2016  
Aceptado el 1 de abril de 2016  
On-line el 29 de abril de 2016

#### Palabras clave:

Agresión física  
Datos diádicos  
Factores de riesgo  
Agresión en la pareja  
Victimización

#### Keywords:

Physical aggression  
Dyadic data  
Risk factors  
Partner aggression  
Victimization

### R E S U M E N

El presente estudio examina desde las perspectivas del desarrollo y diádica el valor predictivo de determinadas variables psicopatológicas para la agresión física en una muestra de 2.032 parejas heterosexuales pertenecientes a la Comunidad de Madrid, mediante la Escala de Tácticas para el Conflicto (CTS-2). Los resultados mostraron una prevalencia de agresión psicológica superior a la agresión física y diferencias significativas en agresión física de bajo nivel en el caso de las mujeres, 13% vs. 10%,  $\chi^2(1, N = 4.064) = 7.43$ ,  $p < .001$ . Los resultados confirman que los síntomas de hostilidad, los rasgos de personalidad impulsiva, límite, antisocial, el consumo de alcohol y la experiencia de victimización tienen un mayor impacto en hombres y mujeres jóvenes (18–29 años). Se discuten las implicaciones de los resultados para la prevención y terapia de pareja.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### Psychopathological risk factors for partner aggression in a community sample

#### A B S T R A C T

The present study examines the predictive value of certain psychopathological variables for physical aggression, from the developmental and dyadic perspectives, in a sample of 2,032 heterosexual couples from the Madrid Region, through the Conflict Tactics Scale (CTS-2). The results showed a higher prevalence of psychological aggression than of physical aggression, and significant differences in low level physical aggression in the case of women, 13% vs. 10%,  $\chi^2(1, N = 4.064) = 7.43$ ,  $p < .001$ . The results confirm that symptoms of hostility, impulsive, borderline, and antisocial personality traits, alcohol consumption, and the experience of victimization have a greater impact on younger men and women (18–29 years). The implications of the results for prevention of partner violence and for couple therapy are discussed.

© 2016 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

En los últimos años, la violencia en las relaciones de pareja se ha convertido en un objetivo prioritario de la investigación en el campo de las ciencias sociales, a la vista del número de estudios epidemiológicos, encuestas sociales y publicaciones científicas que han examinado este fenómeno mediante la Escala de Tácticas de Conflicto (CTS; Straus, 1979; Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996).

La investigación en este ámbito sostiene que hombres y mujeres utilizan tácticas agresivas durante los conflictos de relación, dimensión que Capaldi y Langhinrichsen-Rohling (2012) consideran crítica en el estudio de la violencia en la pareja [intimate partner violence, IPV]. Este tipo de agresión, conceptualizada por Johnson (2011) como *violencia situacional*, se caracteriza por que no se basa en una dinámica de coerción y control, es menos grave y generalmente se basa en un patrón de comportamiento agresivo de tipo episódico o reactivo, generalmente asociado a conflictos de relación o a la gestión de situaciones críticas en la relación de pareja, como puede suceder en los procesos de separación o divorcio (Muñoz y Echeburúa, 2016).

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [ml.cuenca@ucm.es](mailto:ml.cuenca@ucm.es), [marisacuencamontesino@gmail.com](mailto:marisacuencamontesino@gmail.com) (M.L. Cuenca).

La complejidad y multicausalidad de este fenómeno son aspectos que repercuten en su dinámica y en las consecuencias para la salud física y mental (Coker et al., 2002). En el momento actual se pone de relieve la necesidad de prevenir los comportamientos agresivos e intervenir en los mismos, con el objetivo de disminuir su impacto, persistencia y victimización asociada (Desmarais, Reeves, Nicholls, Telford y Fiebert, 2012a, 2012b; Llorens, Salis, O'Leary y Hayward, 2016; O'Leary, 2015).

Los estudios epidemiológicos realizados en muestras representativas estadounidenses muestran que aproximadamente un 10% de los hombres y las mujeres han experimentado agresiones físicas por parte de sus parejas (Esquivel-Santoveña y Dixon, 2012; Jose y O'Leary, 2009), porcentajes que se han confirmado en los estudios realizados a nivel comunitario en nuestro país (Cuenca-Montesino, Graña y Martínez-Arias, 2014; Graña, 2009; Graña y Cuenca-Montesino, 2014).

En el momento actual se sabe muy poco de los factores de riesgo psicopatológicos asociados a la perpetración de agresión física en hombres y mujeres y hasta la fecha la mayor parte de la investigación se ha desarrollado en Estados Unidos. En conjunto, Stith, Smith y Penn (2004) sostienen que el abuso emocional, las relaciones sexuales forzadas, el consumo de drogas, las actitudes hacia la violencia y la satisfacción marital representan los factores de riesgo más significativos para perpetrar agresión física. O'Leary, Smith Slep y O'Leary (2007) encontraron que los comportamientos dominantes y celosos así como el ajuste diádico resultaron predictores significativos para la agresión física en hombres y mujeres. O'Leary, Tintle, Bromet y Gluzman (2008) observaron que en Ucrania el inicio temprano en el consumo de alcohol y los problemas psiquiátricos (trastorno explosivo intermitente) resultaban predictores significativos de los informes de perpetración de agresión física en los hombres casados. En el caso de las mujeres, el inicio temprano en el consumo de alcohol, la edad (ser joven) y los problemas de relación resultaron predictores significativos de los informes de victimización. Stith et al. (2011) identificaron una serie de factores de vulnerabilidad (características propias de la persona, experiencia acumulada y creencias sobre la relación) que en combinación con sucesos estresantes (cambios a lo largo de la vida o circunstanciales) producían cambios adaptativos en las habilidades de resolución de conflictos (definidas como conformidad, escalada y evitación de los conflictos) y que predisponían a la violencia física. Recientemente, O'Leary, Tintle y Bromet (2014) vieron que dos variables diádicas, la experiencia de victimización y los problemas de relación, eran los predictores más significativos para perpetrar agresión física. Además, la agresión en las citas y el trastorno explosivo-intermitente resultaban ser factores de riesgo de la agresión física en hombres y mujeres.

El presente estudio se ha diseñado para examinar los factores de riesgo psicopatológicos en hombres y mujeres de agresión física. En el desarrollo del presente estudio se han considerado tres perspectivas teóricas a la hora de abordar el análisis de los factores de riesgo (O'Leary et al., 2007; O'Leary, Tintle y Bromet, 2014; Shumacher y Leonard, 2005; Stith et al., 2004): (1) perspectiva del desarrollo (edad), (2) perspectiva psicopatológica (síntomatología psicopatológica, rasgos disfuncionales de personalidad, abuso de alcohol y nivel de autoestima) y (3) perspectiva diádica de la relación (experiencia de victimización y calidad marital).

Dada la similitud entre los Estados Unidos y la cultura española en cuanto a índices de alfabetización, esperanza de vida y nivel de educación, este dato nos permite comparar los índices de prevalencia de agresión. En segundo lugar, según Jose, O'Leary, Graña y Foran (2014) en España la agresión en la pareja se considera un importante problema de salud pública en mayor medida que en Estados Unidos, aspecto que sugiere diferentes índices de prevalencia y factores de riesgo en comparación con muestras estadounidenses. Por último, en el presente estudio se examinan todas las variables en

la edad adulta y su impacto en los informes de perpetración de agresión física en hombres y mujeres.

## Método

### Participantes

La muestra total de estudio está compuesta por 2.032 parejas heterosexuales con edades comprendidas entre los 18 y los 80 años de edad, pertenecientes a población comunitaria de Madrid. Los criterios de inclusión fueron: tener 18 años de edad o más y mantener una relación de pareja en el momento actual o en los últimos 12 meses.

La mayoría de los participantes estaban casados (58.9%), el 32% solteros en relación de noviazgo, el 7.3% parejas de hecho y el 2% viudos, separados y divorciados conviviendo con una pareja. La edad media de los hombres fue 40.51 años ( $DT=14.38$ ) y la edad media de las mujeres fue 38.44 años ( $DT=13.85$ ). La duración media de la relación fue de 14 años ( $DT=12.93$ ). De la muestra, un 97% eran españoles y un 3% de otras nacionalidades. En lo relativo a la profesión, 40% estaban empleados, 14% eran funcionarios, 8% autónomos, 5% empresarios, 16% estaban desempleados y un 17% estudiantes.

### Instrumentos y variables

*Características demográficas y relacionales.* Edad (18-29, 30-50, 50+), sexo, estado civil, nacionalidad, actividad profesional, edad en la primera relación de pareja, número de parejas, edad pareja actual y tiempo de convivencia.

*Escala Revisada de Tácticas para el Conflicto* (Conflict Tactics Scale, CTS2; Graña, Andreu, Peña y Rodríguez-Biezma, 2013). Se incluyen 66 ítems que evalúan la presencia/ausencia de actos de agresión psicológica, física y lesiones. El coeficiente alfa de Cronbach de la escala total fue satisfactorio en hombres y mujeres ( $\alpha=.90$ ) y en todas las subescalas medidas ( $\alpha=.90$ ).

*Índice de Calidad Marital* (Quality Marriage Index, QMI; Norton, 1983). Escala de 6 ítems que mide la calidad general en la relación. El coeficiente alfa de Cronbach en la escala total fue satisfactorio y elevado para hombres ( $\alpha=.91$ ) y mujeres ( $\alpha=.90$ ).

*Cuestionario de Screening de McLean para el Trastorno Límite de la Personalidad* (MSI-BPD; Zanarini et al., 2003), basado en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Se incluyen 10 ítems críticos que evalúan el trastorno de personalidad límite. El coeficiente alfa de Cronbach fue satisfactorio en hombres y mujeres ( $\alpha=.61$  y  $\alpha=.67$ , respectivamente).

*Escala de Psicopatía Autoinformada de Levenson* (LPSP; Levenson, Kiehl y Fitzpatrick, 1995). Se incluyen 26 ítems críticos que evalúan los dominios de manipulación e insensibilidad (psicopatía primaria) e impulsividad (psicopatía secundaria). El coeficiente alfa de Cronbach fue satisfactorio en hombres y mujeres ( $\alpha=.77$  y  $\alpha=.74$ , respectivamente).

*Inventario Breve de Síntomas* (Brief Symptoms Inventory, BSI; Derogatis y Melisaratos, 1983). Se incluyen 38 ítems críticos que evalúan el estado psicopatológico. El coeficiente alfa de Cronbach fue satisfactorio, en hombres y mujeres, en las escalas obsesivo-compulsivo ( $\alpha=.81$  y  $\alpha=.83$ ), sensibilidad interpersonal ( $\alpha=.79$  y  $\alpha=.83$ ), depresión ( $\alpha=.83$  y  $\alpha=.87$ ), ansiedad ( $\alpha=.76$  y  $\alpha=.82$ ), hostilidad ( $\alpha=.76$  y  $\alpha=.75$ ), fobias ( $\alpha=.67$  y  $\alpha=.77$ ), paranoísmo ( $\alpha=.74$  y  $\alpha=.79$ ) y psicoticismo ( $\alpha=.70$  y  $\alpha=.72$ ).

*Versión Abreviada de la IPDE* (Módulo DSM-IVTR, OMS). Se incluyen 20 ítems que evalúan la presencia o ausencia de trastornos de personalidad. El coeficiente alfa de Cronbach de la escala fue satisfactorio en hombres y mujeres ( $\alpha=.88$  y  $\alpha=.89$ , respectivamente).

*Escala de Autoestima de Rosenberg* (Self-Esteem Scale; Rosenberg, 1965). Escala de 10 ítems que evalúa la autoestima. El coeficiente alfa de Cronbach fue satisfactorio en la escala total en hombres y mujeres ( $\alpha = .83$  y  $\alpha = .86$ , respectivamente).

*Escala de Comportamiento Impulsivo* (Impulsive Behavior Scale. UPPS; Whiteside y Lynam, 2001). Se incluyen 12 ítems críticos que evalúan cuatro factores que conducen al comportamiento impulsivo (urgencia, escasa premeditación, escasa perseverancia y búsqueda de sensaciones). El coeficiente alfa de Cronbach fue satisfactorio en hombres y mujeres en la escala total ( $\alpha = .58$  y  $\alpha = .53$ , respectivamente).

*Test de Identificación de Trastornos de Uso del Alcohol* (Alcohol Use Disorders Identification Test, AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993). Escala de 10 ítems que evalúan la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, dificultad para controlar la bebida, abandono de aficiones y síntomas de abstinencia, reacciones adversas como problemas en el funcionamiento derivados del consumo de alcohol y problemas relacionados con el consumo de alcohol. El coeficiente alfa de Cronbach fue satisfactorio en hombres y mujeres ( $\alpha = .71$  y  $\alpha = .72$ , respectivamente).

*Cuestionario CAGE* (Ewing, 1984). Escala de 4 ítems que evalúan los comportamientos y problemas asociados al consumo de alcohol. El coeficiente alfa de Cronbach fue satisfactorio en hombres y mujeres ( $\alpha = .61$  y  $\alpha = .64$ , respectivamente).

### Procedimiento

En el presente estudio se utilizó el método de muestreo por cuotas para reclutar una muestra de parejas casadas, en relaciones de noviazgo y que conviven representativa de la población activa de las distintas áreas urbanas de la Comunidad de Madrid. Con este objetivo se seleccionaron asistentes de investigación (AI) de un total de 300 candidatos del Departamento de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid que estaban interesados en obtener créditos de investigación. Para hacer la distribución de los AI, en cada año (2010-2012) se tomó como referencia el censo de población de la Comunidad de Madrid y las siguientes zonas geográficas para obtener la muestra para el estudio: a) Madrid capital 61% (183 AI), b) área metropolitana norte 5% (15 AI), c) área metropolitana este 9% (27 AI), d) área metropolitana sur 21% (62 AI), e) área metropolitana oeste 6% (17 AI) y f) área no metropolitana 12% (36 AI).

Los AI recibieron información de las características generales y del objetivo general del estudio, que fue analizar diferentes aspectos de la convivencia diaria en las relaciones de pareja en lo relativo al modo en que se negocian y resuelven conflictos de relación, estado psicológico general y hábitos de consumo. Asimismo, se informó sobre cómo proceder en el caso de detectar una víctima de maltrato, facilitando a todos los asistentes de investigación una guía para mujeres víctimas de violencia de género y una guía de recursos asistenciales para los maltratadores.

El cuestionario fue anónimo, el consentimiento fue introducido en la primera parte del protocolo y se comentó a los participantes que deberían dar su consentimiento completando el cuestionario y enviándolo de forma anónima e independiente de su pareja a un apartado de correos.

El procedimiento fue el siguiente: (a) cada asistente de investigación tenía que reclutar una cuota de 8 parejas de su área censal, 1/3 de las cuales podrían ser conocidas y el resto desconocidas, (b) las parejas se seleccionaron teniendo en cuenta el siguiente rango de edad (18-29; 30-50; +50) y (c) después de obtener la cuota de estudio el asistente de investigación tenía que dar el código de cada miembro de la pareja al director de proyecto (p. ej., 1-a y 1-b hasta 8-a y 8-b) y un número de teléfono o dirección de correo de cada pareja.

El número total de protocolos iniciales fue 5.440, el retorno total fue de un 78.7%, el rechazo total fue de un 5% (los protocolos se rechazaron por falta de datos o incompletos y por baja consistencia de respuesta) y el número total de participantes fue 4.064 (2.032 parejas).

Los datos *missing* fueron reemplazados mediante el método del algoritmo EM (expectation-maximization algorithm) (SPSS, versión 19.0). La prevalencia estadística informada en el presente estudio se basa en casos válidos (p. ej., los datos *missing* no se reemplazaron antes de computar este estadístico y no se encontraron diferencias cuando se reemplazaron los valores imputados).

### Análisis de datos

El paquete estadístico SPSS vs.19 se utilizó para realizar diversos análisis estadísticos. En primer lugar, se utilizó la prueba chi-cuadrado de Pearson para estimar la relación entre el uso y/o victimización de agresión y el sexo en la muestra total. En segundo lugar, se utilizó la prueba *t* de Student (muestras relacionadas) para analizar las diferencias entre hombres y mujeres en las variables referidas a las características de la relación de pareja y en los factores de riesgo para la agresión física. En tercer lugar, se realizó un análisis de regresión logística binaria (método Enter) para identificar los factores de riesgo para perpetrar agresión física en hombres y mujeres.

## Resultados

### Características de las variables relacionales y psicopatológicas

En lo relativo a las características de las relaciones de pareja, la edad media de inicio de la primera relación de pareja es de 18 años, siendo significativamente mayor en los hombres,  $t(2031) = 8.55$ ,  $p < .001$ ,  $d = .038$ . Sobre el número de relaciones mantenidas, los hombres han tenido significativamente un mayor número de parejas,  $t(2031) = 5.79$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.26$ . La edad de la pareja actual es significativamente más joven en los hombres,  $t(2031) = -10.69$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.47$  y el tiempo medio de convivencia con la pareja actual es de 14 años. La media de mujeres en situación de desempleo es significativamente mayor que en el caso de sus parejas,  $t(2031) = -17.42$ ,  $p < .001$ ,  $d = .77$ .

En lo relativo a los factores de psicopatología adulta, hombres y mujeres no presentaron indicios de abuso o dependencia del alcohol, si bien los hombres consumen significativamente más alcohol que las mujeres,  $t(2031) = 16.56$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.74$ . En lo relativo a la conducta antisocial, los hombres presentaron una tendencia mayor a mentir, más insensibilidad, ausencia de remordimientos y conductas de manipulación,  $t(2031) = 3.17$ ,  $p < .01$ ,  $d = 0.14$ . Asimismo, presentaron más comportamientos de tipo impulsivo: escasa premeditación,  $t(2031) = 2.76$ ,  $p < .01$ ,  $d = .12$ , y búsqueda de sensaciones,  $t(2031) = 13.98$ ,  $p < .01$ ,  $d = 0.62$ . En cuanto a la personalidad de tipo límite, las mujeres presentaron más comportamientos de este tipo,  $t(2031) = -10.16$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.45$ , y en general más síntomas de malestar psicológico y rasgos de personalidad patológica que los hombres. En cuanto a la autoestima, las mujeres presentan una autoestima más elevada,  $t(2031) = 5.70$ ,  $p < .001$ ,  $d = 0.25$ .

### Prevalencia de agresión psicológica y física

La agresión psicológica presentó una prevalencia superior a la agresión física (tabla 1). El análisis de las tasas de prevalencia obtenidas en agresión psicológica reveló diferencias significativas en las mujeres, en las escalas de perpetración menor (63.5% vs. 55.5%,  $\chi^2 [1, N = 4.064] = 26.79$ ,  $p < .00$ ) y grave (18.6% vs. 15.7%,  $\chi^2 [1, N = 4.064] = 5.82$ ,  $p < .001$ ), y en las escalas de victimización total,

**Tabla 1**  
Prevalencia de perpetradores y víctimas (N = 4.064)

Escala CTS2	Perpetradores (%)		Víctimas (%)	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
<i>Agresión psicológica</i>	56.2	64.5***	56.1	59.2*
Menor	55.5	63.5***	55.0	58.4*
Grave	15.7	18.6*	17.4	15.4
<i>Agresión física</i>	10.4	13.2***	11.4	12.5
Menor	9.9	12.6***	10.4	10.4
Grave	2.0	2.5	3.1	4.1
<i>Lesiones</i>	2.0	1.8	1.2	1.8
Leves	1.8	1.7	1.1	1.6
Graves	0.6	0.5	0.3	0.5

Nota. Prueba chi-cuadrado.

Tabla tomada de Graña y Cuenca-Montesino (2014).

\*  $p < .05$ , \*\*\*  $p < .001$ .

59.2% vs. 56.1%,  $\chi^2 [1, N = 4.064] = 3.99, p < .05$ ) y menor, 58.4% vs. 55%,  $\chi^2 [1, N = 4.064] = 4.63, p < .03$ ). En agresión física, se encontraron diferencias significativas en las mujeres en las escalas de perpetración menor, 12.6% vs. 9.9%,  $\chi^2 (1, N = 4.064) = 7.43, p < .001$ , y total, 13.2% vs. 10.4%,  $\chi^2 (1, N = 4.064) = 7.69, p < .001$ . La tasa de prevalencia de lesiones infligidas en hombre y mujeres fue baja (2%).

#### Factores de riesgo para la agresión física en hombres y en mujeres

En lo relativo a los factores de riesgo para la agresión física (tabla 2), los resultados respecto a las variables relacionales y demográficas en hombres y mujeres fueron: ser joven ( $b = -1.00, p < .001$  y  $b = -.43, p < .05$ , respectivamente), llevar poco tiempo de relación ( $b = -.02, p < .04$  y  $b = -.02, p < .02$ , respectivamente) y estar en situación de desempleo ( $b = .57, p < .001$  y  $b = .45, p < .001$ , respectivamente). En lo relativo a la calidad de la relación, la experiencia de victimización ( $b = 4.69, p < .001$  y  $b = 4.00, p < .001$ , respectivamente). Por último, los síntomas de agresividad-hostilidad ( $b = .17, p < .001$  y  $b = .17, p < .001$ , respectivamente), los rasgos de personalidad impulsiva ( $b = .15, p < .001$  y  $b = .12, p < .001$ , respectivamente), límite ( $b = .38, p < .001$  y  $b = .34, p < .001$ , respectivamente) y antisocial ( $b = .08, p < .001$  y  $b = .06, p < .001$ , respectivamente) y los comportamientos de urgencia ( $b = .13, p < .001$  y  $b = .16, p < .001$ , respectivamente) y de búsqueda de sensaciones ( $b = .10, p < .001$  y  $b = .10, p < .001$ , respectivamente), además del consumo de alcohol ( $b = .92, p < .01$  y  $b = .12, p < .001$ , respectivamente).

#### Discusión

El presente estudio examina los factores de riesgo para la agresión física en hombres y mujeres mediante la CTS-2 (Straus et al., 1996) en una muestra representativa a nivel comunitario de parejas adultas residentes en la Comunidad de Madrid.

La prevalencia de agresión psicológica fue superior a la física, resultado que era congruente con la investigación previa en este ámbito (O'Leary y Williams, 2006; Panuzio y DiLillo, 2010; Salis, Salwen y O'Leary, 2014; Taft et al., 2006). En nuestro país, estos resultados confirman las conclusiones de los estudios desarrollados en un contexto diádico (Graña y Cuenca-Montesino, 2014) y multinivel (Cuenca-Montesino et al., 2014). Factores como la deseabilidad social (O'Leary y Williams, 2006), la satisfacción en la relación (Marshall, Panuzio, Makin-Byrd, Taft y Holtz-Munroe, 2011) o la tolerancia hacia este tipo de actos (Cuenca-Montesino et al., 2014) pueden explicar las diferencias encontradas en hombres y mujeres.

En muestras representativas y comunitarias la prevalencia de agresión física es ligeramente más elevada en las mujeres, como

sucede en el presente estudio, y corrobora la tendencia encontrada en las revisiones realizadas sobre este fenómeno (Desmarais et al., 2012a, 2012b).

En la presente investigación, tres perspectivas teóricas relativas a la predicción de agresión física en la pareja se asociaron con factores de riesgo significativos para perpetrar agresión física, específicamente: (1) la perspectiva del desarrollo que incluye la edad, (2) la perspectiva psicopatológica, que incluye síntomas psicopatológicos de ira/hostilidad, rasgos de personalidad (impulsiva, histriónica, límite y antisocial) y el consumo de alcohol y (3) la perspectiva de la relación diádica, que incluye la experiencia de victimización.

En el presente estudio los modelos de regresión confirman que el grupo de edad más joven (18-29 años) representa el grupo de edad en el que tienen una mayor relevancia las variables psicopatológicas y en este sentido el grupo de riesgo para la agresión física en hombres y mujeres (Murphy y O'Leary, 1989). Asimismo, desde un punto de vista psicopatológico estas variables tienen un mayor impacto en hombres y mujeres jóvenes. El análisis de los factores de riesgo para la agresión física nos permite desarrollar un marco conceptual en la interpretación de algunos de los resultados y examinar la naturaleza de la agresión física en las relaciones de pareja.

Las variables implicadas en el modelo son relevantes a la hora de explicar la perpetración de agresión física. Desde el punto de vista psicopatológico, en hombres y mujeres tienen una mayor relevancia variables tales como los síntomas de hostilidad, los rasgos de personalidad límite, antisocial e histriónica, así como los comportamientos impulsivos y el consumo de alcohol.

En general, estos rasgos de personalidad reflejan dificultades interpersonales que pueden afectar negativamente a la relación de pareja incrementando la probabilidad de conflicto. Específicamente, los rasgos de personalidad límite y antisocial se caracterizan por la presencia de comportamientos impulsivos y la impulsividad se ha relacionado frecuentemente con el consumo de sustancias. Estos resultados sugieren que es posible que los problemas de consumo de alcohol sean mayores en aquellos que presentan estos rasgos de personalidad, lo cual es congruente con el hecho de que ambos sean factores de riesgo significativos para la agresión. Asimismo, estos resultados sugieren la posibilidad de trastornos de conducta en aquellos que presentan rasgos de personalidad límite y antisocial en la vida adulta.

Sucesos estresantes, como estar en situación de desempleo, pueden producir cambios en las habilidades de resolución de conflictos que predisponen a la agresión física (Stith et al., 2011). Por otro lado, la experiencia de victimización fue un predictor significativo para la agresión física, resultado que es congruente con los resultados observados por O'Leary et al. (2014), que encontraron que la experiencia de victimización y los problemas de relación fueron los predictores más significativos para perpetrar agresión física.

El presente estudio muestra que desde el punto de vista psicopatológico determinadas variables tienen un impacto en hombres y mujeres, ya que predicen agresión física, si bien este tipo de violencia se corresponde con la *violencia situacional*, que es la que predomina en este tipo de muestras (Johnson, 2011). Desde el punto de vista clínico, los conflictos de relación en parejas clínicas representan una fuente de estrés que puede tener un impacto en la salud mental (Cáceres, 2012). De acuerdo con Labrador (2015), este tipo de violencia es susceptible de tratamiento terapéutico para reorientar la relación, además de facilitar la ruptura de una manera adecuada y en consecuencia disminuir su impacto y posible victimización.

Este estudio tiene varias limitaciones que deben ser considerados. En primer lugar, la muestra representa el área metropolitana de Madrid, que como tal no puede ser considerada como una muestra que sea representativa de toda España. En segundo lugar, la validez y la exactitud de los informes de agresión dependen de la exactitud de los informes de las parejas; así, la CTS2 tiene que ser



**Tabla 2**  
Factores de riesgo psicopatológicos para la agresión física

Variables	Hombres					Mujeres				
	B (ET)	Wald	p	Exp (B)	IC 95%	B (ET)	Wald	p	Exp (B)	IC 95%
Edad	-1.00 (0.13)	58.81	.001	0.37	0.28-0.47	-0.43 (0.15)	7.77	.05	0.65	0.48-0.88
Victimización (CTS-2)	4.69 (0.21)	478.33	.001	108.47	71.27-165.08	4.00 (0.18)	492.33	.001	54.79	38.47-78.04
Hostilidad (BSI)	0.17 (0.04)	23.17	.001	1.19	1.11-1.27	0.17 (0.30)	32.54	.001	1.19	1.12-1.26
Impulsivo (IPDE)	0.15 (0.06)	6.56	.01	1.16	1.01-1.30	0.12 (0.05)	7.39	.01	1.13	1.03-1.24
Histriónico (IPDE)	-	-	-	-	-	0.11 (0.04)	6.55	.01	1.11	1.13-1.21
Urgencia (UPPS)	0.13 (0.04)	12.95	.001	1.14	1.06-1.22	0.16 (0.03)	23.56	.001	1.17	1.09-1.25
Búsqueda Sensaciones (UPPS)	0.10 (0.02)	18.87	.001	1.11	1.06-1.16	0.10 (0.02)	20.07	.001	1.11	1.06-1.16
Consumo Alcohol (AUDIT)	0.92 (0.02)	17.10	.01	1.09	1.05-1.14	0.12 (0.03)	20.13	.001	1.23	1.07-1.19
Límite (Mc Lean)	0.38 (0.07)	32.38	.001	1.46	1.28-1.67	0.34 (0.05)	43.68	.001	1.39	1.26-1.53
Antisocial (LPSP)	0.08 (0.12)	41.96	.001	1.08	1.05-1.11	0.06 (0.01)	35.52	.001	1.07	1.04-1.09
Autoestima	-	-	-	-	-	-0.04 (0.01)	16.50	.001	0.95	0.93-0.98

administrada a ambos miembros de la pareja. Por último, los informes de agresión pueden estar influenciados por la respuesta de la pareja o por lo que la pareja espera escuchar, debido a factores tales como deseabilidad social, que es un sesgo de respuesta importante. Consideramos que en este contexto no es fácil garantizar medidas independientes a pesar del hecho de que los cuestionarios se distribuyeron y entregaron a un apartado de correos de forma anónima y con independencia de la pareja.

### Extended Summary

Violence in couple relationships is a phenomenon of great concern in the contemporary society. In recent years, epidemiological studies of representative samples in the United States indicate a 10% prevalence rate of physical aggression in couple relationships (Esquivel-Santoveña & Dixon, 2012; Jose & O'Leary, 2009), rates that have been confirmed in community-level studies in Spain (Cuenca-Montesino, Graña, & Martínez-Arias, 2014; Graña, 2009; Graña & Cuenca-Montesino, 2014).

Research of this area argues that men and women use aggressive tactics during relationship conflicts, a dimension that Capaldi and Langhinrichsen-Rohling (2012) considered to be critical in the study of couple violence or "intimate partner violence" (IPV). This type of IPV, conceptualized by Johnson (2011) as *situational violence*, is not based on a dynamic of coercion and control, is less severe and usually based on a pattern of episodic or reactive aggressive behavior, and is generally associated with relational conflicts or critical situations in the couple relationship, such as processes of separation or divorce (Muñoz & Echeburúa, 2016).

The complexity and multidimensional nature of this phenomenon are aspects that affect not only its dynamics, but also its consequences for physical and mental health (Coker et al., 2002). At present, prevention and intervention in aggressive behaviors are needed in order to decrease their impact, persistence, and associated victimization (Desmarais, Reeves, Nicholls, Telford, & Fiebert, 2012a, 2012b; Llorens et al., 2016; O'Leary, 2015).

The present study is designed to address a series of critical issues related to psychopathological risk factors for physical aggression in men and women. With this goal, we analyzed the role of certain psychopathological risk factors for physical aggression in a sample of 2,032 heterosexual adult couples from Madrid Region, using the Conflict Tactics Scale (CTS-2; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996).

Very little is currently known about the psychopathological risk factors associated with physical aggression in men and women and, to date, most of the research has been conducted in the United States. In accordance with this research, in the development of the present study three theoretical perspectives were used to address the analysis of the risk factors (O'Leary, Smith Slep, & O'Leary, 2007; O'Leary, Tintle, & Bromet, 2014; Schumacher & Leonard, 2005; Stith,

Smith, & Penn, 2004): (1) developmental perspective (age), (2) psychopathological perspective (psychopathological symptomatology, dysfunctional personality traits, alcohol abuse and level of self-esteem), and (3) dyadic perspective of the relationship (experience of victimization and marital quality).

Given the similarity between the United States and Spain in terms of literacy rates, life expectancy, and level of education, these data allow us to compare the prevalence rates of aggression. Secondly, according to Jose, O'Leary, Graña, and Foran (2014), in Spain, partner aggression is considered to be an important public health problem more so than it is in the USA, an aspect that suggests different prevalence rates and risk factors in comparison with samples from the USA. Lastly, in the present study, we examined all the variables in adulthood and their impact on the reports of perpetration of physical aggression in men and women.

### Method

#### Participants

The participants of the study were 2,032 adult heterosexual couples, aged between 18 and 80 years, from the Region of Madrid. All participants provided the following sociodemographic data: age, sex, civil status, nationality, and partner's sex.

As a function of the goals of the study, the inclusion criteria were being over 18 years of age and being in a heterosexual couple relationship, either currently or in the past 12 months.

#### Instruments and variables

**Sociodemographic Questionnaire.** Diverse items were included to assess participants' characteristics in the following sociodemographic and personal variables: age, sex, civil status, nationality, professional activity, and current partner's sex and age.

**Revised Conflict Tactics Scale - CTS-2** (Straus et al., 1996). We used the Spanish version of the CTS2 by Graña, Andreu, Peña, and Rodríguez-Biezma (2013). We included 66 items that assess the presence/absence of psychological and physical aggression and injury. The Cronbach's alpha coefficient of the total scale was satisfactory in men and women ( $\alpha = .90$ ) and in all the subscales measured ( $\alpha = .90$ ).

**Psychopathological Risk Factors.** We used diverse clinical scales that include critical items according to the criterion of experts based on the diagnostic criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV and on the level of self-esteem.

#### Procedure

The study used a quota sampling method to recruit a community sample of married or cohabiting couples from the Region of

Madrid. In order to obtain a representative sample of the active population of the diverse urban areas, the research was conducted with research assistants (RAs) who were selected from 300 candidates from the Department of Clinical Psychology of the Complutense University of Madrid, who wished to obtain research credits. We took as reference for the distribution of the RAs the population according to the census of the Region of Madrid. To distribute the research assistants in each year (2010–2012) we took as reference the population census of the Region of Madrid and the following geographic areas to obtain the sample for the study: a) Madrid capital 61% (183 RAs), b) northern metropolitan area 5% (15 RAs), c) eastern metropolitan area 9% (27 RAs), d) southern metropolitan area 21% (62 RAs), e) western metropolitan area 6% (17 RAs), and f) no metropolitan area 12% (36 RAs).

The RAs were informed of the general characteristics of the study and that the general goal was to analyze different aspects of daily cohabitation of intimate couple relationships regarding the way they negotiate and resolve conflicts. The purpose of this research was explained to the participants and, as the questionnaire was anonymous, the consent form was introduced in the first part of the protocol and participants were told that they could give their consent by completing the questionnaire and sending it anonymously and independently of their couple to a PO Box.

The procedure was as follows: (a) each research assistant had to collect a quota of 8 couples from the assigned census area, 1/3 of whom could be acquaintances and the rest unknown; (b) the couples were selected taking into account the following age range: 18–29, 30–50, +50; and (c) after obtaining the study quota, the research assistant had to give the code of each couple member to the director of the project (e.g., 1-a and 1-b up to 8-a and 8-b) and the phone number or of each couple.

Initially, 5,440 protocols were handed out, and the response rate was 78.7%, that is, a total of 4,284 protocols were returned, of which 5% (220) were rejected because they had faulty data, had been completed randomly, or had low response consistency.

The missing data were replaced through the expectation-maximization (EM) algorithm (SPSS, version 19.0). The prevalence statistics reported in the present study are based on valid cases (i.e., missing data were not replaced prior to computing this statistic and, as no differences were obtained then, they were replaced with imputed values).

## Results

The analysis of the obtained prevalence rates reveals significant differences in perpetration and victimization of psychological aggression in women (Table 1). Specifically, on the scales of minor, 63.5% vs. 55.5%,  $\chi^2(1, N=4.064)=26.79, p<.00$ , and severe perpetration, 18.6% vs. 15.7%,  $\chi^2(1, N=4.064)=5.82, p<.001$ , and on the scales of total, 59.2% vs. 56.1%,  $\chi^2(1, N=4.064)=3.99, p<.05$ , and minor victimization, 58.4% vs. 55%,  $\chi^2(1, N=4.064)=4.63, p<.03$ . In physical aggression, significant differences were found in women on the scales of minor, 12.6% vs. 9.9%,  $\chi^2(1, N=4.064)=7.43, p<.001$ , and total perpetration, 13.2% vs. 10.4%,  $\chi^2(1, N=4.064)=7.69, p<.001$ . The prevalence rate of inflicted injuries in men and women was low (2%).

With regard to the significant risk factors for physical aggression in men and women (Table 2), the results regarding relational and demographic variables were: being young, having been in the relationship for a short time, and being unemployed. With regard to the quality of the relationship, the experience of victimization was significant. Lastly, from a psychopathological perspective, symptoms of aggressiveness-hostility, impulsivity, borderline, and antisocial personality traits, along with impulsive behaviors of sensation seeking and alcohol consumption were the most relevant variables.

## Discussion

The results of the study confirm the tendency observed in prior research of the high prevalence of psychological aggression in contrast to physical aggression (O'Leary & Williams, 2006; Panuzio & DiLillo, 2010; Salis et al., 2014; Taft et al., 2006). In Spain, these results confirm the conclusions of the studies conducted in a dyadic (Graña & Cuenca-Montesino, 2014) and multilevel context (Cuenca-Montesino, Graña, & Martínez-Arias, 2014). The prevalence of physical aggression was slightly higher in women and confirms the tendency found in the reviews of this phenomenon (Desmarais et al., 2012a, 2012b).

In the present study, the regression models confirm that psychopathological variables were more relevant in the youngest age group (18–29 years) and, accordingly, this is the group at highest risk for physical aggression in men and women (Murphy & O'Leary, 1989). Also, from a psychopathological viewpoint, these variables have a greater impact on younger men and women.

Analysis of the risk factors allowed us to develop a conceptual framework to explain the nature of physical aggression in couple relationships and, from the psychopathological viewpoint, the following variables are more relevant in men and women: symptoms of hostility, borderline, antisocial, and histrionic personality traits, impulsive behaviors, and alcohol consumption. In general, these personality traits reflect interpersonal difficulties that can affect the couple relationship negatively, increasing the probability of conflict. Specifically, borderline and antisocial personality traits are characterized by the presence of impulsive behaviors, and impulsivity has often been linked to substance consumption. These results suggest that problems of alcohol consumption may be higher in people who present these personality traits and they are consistent with the fact that both these variables are significant risk factors for aggression. In addition, these results suggest the possibility of behavior disorders in people who present borderline and antisocial personality traits in adulthood.

Stressful events such as unemployment can produce changes in conflict resolution skills that predispose one to physical aggression (Stith et al., 2011). In addition, the experience of victimization was a significant predictor of physical aggression, a fact that confirms the results observed by O'Leary et al. (2014), who found that the experience of victimization and interrelational problems were the most significant predictors of perpetration of physical aggression.

The present study shows that, from the psychopathological viewpoint, certain variables have an impact on men and women because they predict physical aggression, although this type of violence corresponds to situational violence, which is the kind of violence predominating in this type of samples (Johnson, 2011). From the clinical viewpoint, relational conflicts represent an important source of stress that can have an impact on mental health (Cáceres, 2012). According to Labrador (2015), this type of violence is susceptible to therapeutic treatment to re-orient the relationship, in addition to adequately facilitating a breakup and, as a result, decreasing its impact and possible victimization.

## Conflicto de intereses

Los autores de este artículo declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Referencias

- Cáceres, J. (2012). Separación y divorcio. En L. M. Llavona y F. X. Méndez (Eds.), *Manual del Psicólogo de Familia* (pp. 215–230). Madrid: Pirámide.
- Capaldi, D. M. y Langhinrichsen-Rohling, J. (2012). Informing intimate partner violence prevention efforts: Dyadic, developmental, and contextual considerations. *Prevention Science, 13*, 323–328.

- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M. y Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 260–268.
- Cuenca-Montesino, M. L., Graña, J. L. y Martínez-Arias, R. (2014). Reciprocal Psychological Aggression in Couples A Multi-Level Analysis in a Community Sample. *Publicado online en Journal of Interpersonal Violence*. doi: 0886260514553111.
- Derogatis, L. R. y Melisaratos, N. (1983). The Brief Symptom Inventory. An introductory report. *Psychological Medicine*, 13, 596–605.
- Desmarais, S. L., Reeves, K. A., Nicholls, T. L., Telford, R. P. y Fiebert, M. S. (2012a). Prevalence of physical violence in intimate relationships, Part 1: Rates of male and female victimization. *Partner Abuse*, 3, 140–169.
- Desmarais, S. L., Reeves, K. A., Nicholls, T. L., Telford, R. P. y Fiebert, M. S. (2012b). Prevalence of physical violence in intimate relationships, Part 2: Rates of male and female perpetration. *Partner Abuse*, 3, 170–198.
- Esquivel-Santoveña, E. E. y Dixon, L. (2012). Investigating the true rate of physical intimate partner violence: A review of nationally representative surveys. *Aggression and Violent Behavior*, 17, 208–219.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The cage questionnaire. *Journal of the American Medical Association*, 252, 1905–1907.
- Graña, J. L. (2009, November). Prevalence of partner aggression in a Spanish sample belonging to the Comunidad de Madrid. En K. D. O'Leary (Chair), *Universal or Country-Specific Vulnerability Factors for Partner Violence: Intervention Implications*. Symposium conducted at the 43rd annual meeting of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, New York, NY.
- Graña, J. L., Andreu, J. M., Peña, M. y Rodríguez-Biezma, M. J. (2013). Validez factorial y fiabilidad de la Escala de tácticas para el conflicto revisada (Revised Conflict Tactics Scale, CTS2) en población adulta española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 21(3).
- Graña, J. L. y Cuenca-Montesino, M. L. (2014). Prevalence of psychological and physical intimate partner aggression in Madrid (Spain): A dyadic analysis. *Psicothema*, 26, 343–348.
- Johnson, M. P. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 16, 289–296.
- Jose, A. y O'Leary, K. D. (2009). Prevalence of partner aggression in representative and clinic samples. En K. D. O'Leary y E. Woodin (Eds.), *Psychological and Physical Aggression in Couples: Causes and Interventions* (pp. 15–35). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jose, A., O'Leary, K. D., Graña, J. L. y Foran, H. M. (2014). Risk factors for male intimate partner physical aggression in Spain. *Journal of Family Violence*, 29, 287–297.
- Labrador, F. (Coord.) (2015). *Intervención psicológica en terapia de pareja*. Madrid: Pirámide.
- Levenson, M. R., Kiehl, K. A. y Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 151–158.
- Llorens, N. G., Salis, K. L., O'Leary, D. K. y Hayward, J. (2016). A Focus on the Positive: Reasons for Not Engaging in Physical Aggression Against a Dating Partner. *Journal of Family Violence*, 31, 75–83.
- Marshall, A. D., Panuzio, J., Makin-Byrd, K. N., Taft, C. T. y Holtzworth-Munroe, A. (2011). A multilevel examination of interpartner intimate partner violence and psychological aggression reporting concordance. *Behavior Therapy*, 42, 364–377.
- Muñoz, J. M. y Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2015.10.001>
- Murphy, C. M. y O'Leary, K. D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 579–582.
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and the Family*, 45, 141–151.
- O'Leary, K. D. (2015). Time for dyadic treatments for low-level partner aggression. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 76, 774–778.
- O'Leary, K. D., Smith Slep, A. M. y O'Leary, S. G. (2007). Multivariate models of men's and women's partner aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 752–764.
- O'Leary, K. D., Tintle, N. y Bromet, E. (2014). Risk factors for physical violence against partners in the US. *Psychology of Violence*, 4, 65–77.
- O'Leary, K. D., Tintle, N., Bromet, E. J. y Gluzman, S. F. (2008). Descriptive epidemiology of intimate partner aggression in Ukraine. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 619–626.
- O'Leary, K. D. y Williams, M. C. (2006). Agreement about acts of physical aggression in marriage. *Journal of Family Psychology*, 20, 656–662.
- Panuzio, J. y DiLillo, D. (2010). Physical, psychological, and sexual intimate partner aggression among newlywed couples: Longitudinal prediction of marital satisfaction. *Journal of Family Violence*, 25, 689–699.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Salis, K. L., Salwen, J. y O'Leary, K. D. (2014). The predictive utility of psychological aggression for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 5, 83–97.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791–804.
- Schumacher, J. A. y Leonard, K. E. (2005). Husbands' and wives' marital adjustment, verbal aggression, and physical aggression as longitudinal predictors of physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 28–37.
- Stith, S. M., Amanor-Boadu, Y., Miller, M. S., Menhusen, E., Morgan, C. y Few-Demo, A. (2011). Vulnerabilities, stressors, and adaptations in situationally violent relationships. *Family Relations: Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*, 60, 73–89.
- Stith, S. M., Smith, D. B. y Penn, C. E. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 65–98.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and aggression: The Conflict Tactics Scale (CTS). *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75–88.
- Straus, M. A., Hamby, S., Boney-McCoy, S. y Sugarman, D. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales: Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283–316.
- Taft, C. T., O'Farrell, T. J., Torres, S. E., Panuzio, J., Monson, C. M., Murphy, M. y Murphy, C. M. (2006). Examining the correlates of psychological aggression among a community sample of couples. *Journal of Family Psychology*, 20, 581–588.
- Whiteside, S. P. y Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30, 669–689.
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R. y Hennen, J. (2003). A screening measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders*, 17, 568–573.