



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Síntomes psicològics i característiques del sistema de constructes en dones víctimes de violència de parella

Joan Miquel Soldevilla Alberti



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- Compartigual 3.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - Compartir Igual 3.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-ShareAlike 3.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia
Secció de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics
Facultat de Psicologia

Programa de Doctorat:

PERSONALITAT I COMPORTAMENT

2014 - 2017

TESI DOCTORAL

**SÍMPTOMES PSICOLÒGICS I CARACTERÍSTIQUES DEL
SISTEMA DE CONSTRUCTES EN DONES VÍCTIMES DE
VIOLÈNCIA DE PARELLA**

Joan Miquel Soldevilla Alberti

Director: Dr. Guillem Feixas i Viaplana

Directora: Dra. Roser Cirici Amell

Barcelona, 2017

*“We take the stand that there are always some alternative constructions available to choose among in dealing with the world. No one needs to paint himself into a corner; no one needs to be completely hemmed in by circumstances; **no one needs to be the victim of his biography.**”*

George A. Kelly

Agraïments

Moltes han estat les persones que han contribuït, d'una manera o altra, en l'elaboració d'aquesta tesi o en el creixement d'aquest doctorand. És impossible fer justícia a totes elles. Aquestes paraules d'agraïment i reconeixement pretenen intentar-ho.

Vull dedicar aquesta tesi a totes les desenes de dones que van accedir a participar voluntàriament en aquesta recerca, en les seves diferents etapes. A les dones que van patir violència de parella, i que van ser generoses i valentes en compartir el seu dolor i patiment amb nosaltres. I a les dones que no van ser-ho, i que de manera desinteressada van ajudar-nos a saber més sobre com construïm les nostres experiències.

Aquesta odissea va començar amb la iniciativa de Soledad Calle i Toni Camps. Ells van inspirar aquest treball, i la vida ens ha portat a la Soledad i a mi a compartir després molts projectes. És un plaer treballar amb tu, Sole.

En especial, vull agrair...

Al meu director i a la meva directora de tesi, que m'han guiat en aquest viatge. Guillem, fa més de quinze anys que ets un referent per a mi: en la docència i en la recerca, en el saber fer i en el saber estar. Roser, tu em vas animar a embrancar-me en aquesta tesi, i des de l'inici m'has encoratjat, recolzat, aconsellat i orientat amb guants de seda.

Als meus coordinadors de Diferències Individuals. Al Dr. Antonio Andrés Pueyo, per la seva guia aleshores i encara ara. Al Dr. Alberto Maydeu Olivares, per reptar-me a fer el doctorat, per confiar en mi i reconèixer més del que estava a la vista. Al Dr. David Gallardo-Pujol, per la seva escolta activa, el seu ferm recolzament i el seu rigorós consell. A les meves companyes Montsant i Montse, i ex-company Carlos, per fer fàcil el treball en equip i la gestió de l'assignatura. Tots vosaltres em feu gaudir la docència.

A la Dra. Noemí Pereda Beltrán, per convidar-me a anar més enllà de tòpics i certeses insubstancials. La ciència també ha de ser provocadora, i necessita gent valenta.

A tots/es els/les companys/es # d'abans, ara i sempre: Adrián Montesano, Gloria Dada, Olga Pucurull, Danilo Moggia, Joan Carles Medina, Adriana Trujillo, Clara Paz, Eliana Ortiz, Adrián Chaurand, Helena García, Víctor Rouco, Miquel Alabernia... El constructivisme té vida per endavant.

A ells/es i a la resta de companys/es de fatigues al departament, amb qui he compartit confidències, debats, sobretauls, maternitats, pastissos i xocolata: Marta Ferrer, Ana Catena, Marta Salla, Alba Pérez, Verónica Boero, Nina Frerich, Vicky Krieger, Jessica Oyarzun, Thuy Nguyen, Graciela Susanne, Anna Segura, David Férez, Soledad Álvarez, Mar Rus, Judit Abad...

Als col·laboradors i col·laboradores en la recollida de dades: les ja esmentades Adriana i Clara, així com també Mireia Ayats, Lidia Karina Macias, Marc Muñoz, Sara Bujalance, Sonia Mollon, o Neli Escandon. A en Nicolás Varlotta per la seva participació inicial. Novament, a Nina i Clara per la seva inestimable ajuda tècnica. A la Fundació Hospital, i en particular a la Carme Altayó, per tot el suport i col·laboració que em va brindar.

Al Dr. David Winter, per la seva acollida, proximitat i acompanyament en la meva estada a la Universitat de Hertfordshire. Al Dr. Joan Guàrdia, per les seves orientacions i, sobretot, per la seva accessibilitat.

Als meus amics Àlex, David, Manolo, Pere, Anna, Rafa, per la seva amistat fraternal, pel seu recolzament, per les confidències i vivències compartides, tant en festes i celebracions, com en moments de tristesa i abatiment: l'amistat és sentir-se a casa. A Ester i Óscar (i Marquitos), per la seva generositat, la seva art culinària (quines truites!) i la invitació a viure noves aventures.

A la meva mare, Josepa, per educar-me i ensenyar-me, per felicitar-me i reprovar-me, per fer-me mirar sempre endavant, per llevar-se ben d'hora i inculcar-me el valor de la feina ben feta, sense excuses ni retrets. Al meu pare, Juan Manuel, que malgrat va marxar abans d'hora, va demostrar ser el millor pare del món. Sé que ell estaria orgullós de veure qui sóc i on sóc. Ja no es talla gent amb el vostre patró.

Als meus altres pares, els meus tres germans: Juanjo, Juanma i Nacho. Models a seguir sense pretendre-ho mai. A les meves cunyades: Olga, Mercè i Nica. Als meus nebots i nebodes: Víctor i Silvia, Marc i Miranda, Gerard i Sergi. La família és un pilar, i consisteix en ser-hi sempre, i especialment quan cal.

A la meva família política, per acollir-me i posar-m'ho tot tant fàcil. A la meva *suegra* Rosa i el meu sogre José, que també va marxar massa aviat. Als meu cunyats i cunyades: Mari i Pepe, Pepa i Pítel, Cari, Antonio i Isa. A les següents generacions: Aida, Anaïs i Albert. I als nous membres de la família: Luís, Toni, i Sarita. Noves cases rurals ens esperen.

I sobretot, sobretot, a la meva valuosa Ohanna. A Luke i Leia, per ensenyar-me el que és la tendresa i la puresa, i l'amor abnegat. I al meu i nostre pilar, la meva companya en el camí de la vida: Elvira. Gràcies per la teva generositat, la teva paciència, la teva presència, el teu suport, la teva transigència, la teva mà esquerra i per sobre de tot pel teu amor comprensiu i condicional. El respecte i l'estima s'han de cultivar dia rere dia. Sóc el que sóc amb la teva ajuda. He crescut amb tu, i vull seguir creixent amb tu. Som un equip imbatible, i la nostra complicitat no té fi. T'estimo molt, més del que sé expressar.

Índex

RESUM	13
ABSTRACT	15
1. INTRODUCCIÓ	17
1.1. Concepte de “Violència de Parella”	17
1.2. Prevalença de la VP	21
1.2.1. Prevalença en contextos socio-sanitaris	22
1.2.2. Instruments de detecció de VP	23
1.2.3. Formes de violència	24
1.2.4. Període temporal explorat	25
1.2.5. La VP a Espanya	26
1.3. Efectes de la VP en la salut	29
1.4. Percepció de la VP	32
2. LA TEORIA DELS CONSTRUCTES PERSONALS	35
2.1. Supòsits bàsics: l'epistemologia constructivista	35
2.2. Formulació teòrica	35
2.3. Aplicacions	42
2.4. TCP i Violència	42
3. MÈTODE	51
3.1. Objectiu general	51
3.2. Objectius específics	51

3.3.	Hipòtesis	51
3.4.	Participants	52
3.5.	Instruments i mesures	53
3.6.	Procediment	61
3.7.	Anàlisis estadístiques	63
4.	RESULTATS	65
4.1.	Descripció de les participants	65
4.2.	Característiques sociodemogràfiques dels grups de dones víctimes de violència (VVP)	65
4.3.	Característiques sociodemogràfiques del grup de dones VVP i grup de dones SVP	72
4.4.	Comparació entre el grup de dones VVP i grup de dones SVP	72
4.5.	Relacions entre les variables	777
4.6.	Índexs de la TG	788
5.	DISCUSSIÓ	81
5.1.	Homogeneïtat de la mostra	81
5.2.	Relacions entre les variables	Error! No s'ha definit el marcador.
5.2.1.	Correlacions observades tant en el grup de dones VVP com en el grup de dones SVP	89
5.2.1.1.	Entre l'IGS i la discrepància jo-ideal	89
5.2.1.2.	Entre el PVEPF i la discrepància jo-ideal	89
5.2.2.	Correlacions observades en el grup de dones VVP	83
5.2.2.1.	Entre les dues escales de l'ISA	893
5.2.2.2.	Entre les escales de l'ISA i la polarització	894
5.2.2.3.	Entre el WAST i l'IGS	895

5.2.3. Correlacions observades en el grup de dones SVP	85
5.2.3.1. Entre l'escala no física de l'ISA i el PDI	85
5.2.3.2. Entre l'IGS i la RSES	86
5.2.3.3. Entre l'IGS i el PVEPF	86
5.2.3.4. Entre la RSES i el PVEPF	86
5.2.3.5. Entre el PVEPF i el PDI	87
5.3. Revisió de les hipòtesis de treball	829
5.3.1. Nivell de símptomes psicopatològics	89
5.3.2. Nivell d'autoestima	91
5.3.3. Estructura cognitiva i discriminació de la violència Error! No s'ha definit el marcador.	
5.4. Limitacions	101
5.5. Perspectives de futur	103
6. CONCLUSIONS	105
7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES	111
8. ANNEXES	137
ANNEXE 1. Qüestionari sociodemogràfic i de violència	139
ANNEXE 2. Protocol de la Tècnica de la Graella Interpersonal (TG) Error! No s'ha definit el marcador.	
ANNEXE 3. Exemple d'una graella d'una usuària	145
ANNEXE 4. Llistat d'abreviatures	147
ANNEXE 5. Llistat de figures i taules	1499

RESUM

Aquesta tesi ha emprat el marc teòric de la Teoria dels Constructes Personals (TCP) per respondre a la necessitat de proporcionar una base conceptual i metodològica per estudiar la instauració i els efectes de la violència de parella (VP) en dones. A més, aquest enfocament permet explorar el fenomen de la VP des d'una perspectiva centrada en la persona, en la línia de l'anàlisi idiogràfica.

Segons la TCP, cada individu configura al llarg de la seva vida una xarxa o sistema de constructes amb els quals dona sentit al món que l'envolta. La finalitat d'aquest sistema és, doncs, poder organitzar la informació proporcionada a partir de les interaccions amb l'entorn per fer-lo més previsible i poder maximitzar així la seva capacitat adaptativa davant els esdeveniments i experiències que pugui trobar-se.

En aquest estudi s'ha revisat els processos cognitius de dones víctimes de VP, a partir de mesures obtingudes mitjançant l'aplicació de la Tècnica de la Graella, així com mesures addicionals com el nivell de simptomatologia (Índex Global de Salut -IGS- del qüestionari SCL-90-R) i el nivell d'autoestima (mitjançant la RSES). Aquestes mesures s'han comparat amb les obtingudes en dones que no han patit mai violència.

En el grup de dones VP, el tipus de violència predominant va ser de tipus psicològic, seguida d'aquella física, la social, l'ambiental, l'econòmica i la sexual. A partir dels diversos índexs mesurats, es va observar que les dones que havien estat en una relació abusiva mostraven afectacions a nivell de salut, així com una considerable discrepància respecte a la imatge desitjada de com voldrien ser, una major presència de conflictes identitaris, i una tendència a emprar els constructes per interpretar les experiències, les persones i les relacions de manera extremista, polaritzada, i unidimensional. Aquests resultats van replicar parcialment els obtinguts en un estudi exploratori anterior i subratllaven la conveniència de tenir present la

identitat de la dona que pateix violència i la seva manera de donar significat a les seves experiències de cara a possibles intervencions i orientacions terapèutiques.

Aquesta recerca ha reportat tanmateix que les dones del grup sense violència haurien mostrat un menor nivell d'autoestima respecte les que constituïen el grup clínic. Aquest resultat requereix indagar la visió de l'autoestima en termes d'autoeficàcia i autovaloració, malgrat tractar-se d'una conceptualització tradicional en psicologia. D'altra banda, les dones que havien patit violència van mostrar un relatiu bon nivell d'autoestima.

Davant aquestes troballes, es considera necessari realitzar més recerca centrada en explorar el sistema de constructes en el col·lectiu de dones VP així com en d'altres tipus de víctimes (p. ex. joves, homes, parelles del mateix sexe). D'altra banda, també es creu convenient investigar la relació entre nivell d'autoestima i la discrepància entre la visió del jo actual i la del jo ideal. Disposar de mostres amb major quantitat de subjectes permetria estratificar-les en base a variables sociodemogràfiques i/o característiques de violència i copsar diferències en base a aquestes o d'altres variables.

ABSTRACT

The present doctoral thesis employed the theoretical framework of the Personal Construct Theory (PCT) to provide a conceptual and methodological basis for studying the establishment and the effects of intimate partner violence (IPV) on women. This approach studies the phenomenon of IPV from a person-centred perspective, in line with idiographic analysis. By considering samples of subjects, it is possible to study trends in their characteristics.

According to PCT, each individual configures a network or system of constructs throughout their life. With this system, meaning is given to the world around them. Hence, the network's purpose is to organize the information provided from the interactions with the person's environment to make it more predictable. By doing so, the individual is able to maximize the capacity to adapt to future events and experiences.

In this research, the cognitive processes of women who were victims of IPV have been reviewed. For this, measurements obtained by the administration of the Grid Technique, additional measures such as the degree of psychological and psychosomatic symptoms (Index of Global Severity –IGS–, from the SCL-90-R), as well as self-esteem (by RSES) were administered. These indexes were compared with those obtained for women who had not experienced this kind of violence.

In the group of abused women, the predominant form of violence was psychological, followed by physical, social, environmental, economic and sexual violence. The various measured indexes indicated that being in an abusive relationship had many effects on the health of the affected women. A considerable discrepancy between these women's actual self and the desired or ideal one was found. Additionally, a higher presence of identity conflicts and the tendency to interpret experiences, people and relationships in an unidimensional, extreme and polarized manner could be observed. These

results partially replicated those obtained in a previous exploratory study carried out by the author. Results emphasized that the role of the identity of women who suffer violence and the way they interpret their experiences needs to be taken into account. These elements could be helpful when addressing potential therapeutic interventions and guidelines.

This research, however, has reported that women in the group without violence have a lower level of self-esteem than the clinical group. This underlines the need to review the notion of self-esteem in terms of self-liking and self-competence, despite being a traditional concept in psychology. Moreover, women who had suffered violence showed a relatively good level of self-esteem.

Given these findings, it is necessary to carry out more research focused on exploring the construct system in female IPV victims, as well as other types of victims (e.g. teenagers, men, same-sex couples). Moreover, the relationship between self-esteem and self-ideal discrepancy needs to be further investigated. In addition, analysis of larger samples would allow researchers to stratify subjects on the base of demographic variables and/or characteristics of abuse and therefore it would help to detect differences based on these or other variables.

1. INTRODUCCIÓ

1.1. Concepte de “Violència de Parella”

La Violència de Parella (VP) es refereix, bàsicament, a un patró d'abús físic, sexual i/o psicològic dirigit a un individu i exercit per la seva parella o ex-parella. L'*APA Task Force on Violence and the Family* considera el terme “violència domèstica” i el defineix així:

“un patró de conductes abusives que inclouen un ampli rang de mals tractes físics, sexuals i psicològics emprats per una persona contra una altra en una relació íntima per obtenir poder injustament o per mantenir el mal ús per part d'aquesta persona de poder, control i autoritat” (Walker, 1999, p. 23).

En països industrialitzats, s'han definit dos patrons que caracteritzarien aquesta violència (Heise & García-Moreno, 2002). D'una banda, aquella que consisteix en l'exercici de comportaments de diferent tipus en el context d'una relació de parella no igualitària mitjançant els quals un membre posa de manifest el poder i el control que té sobre l'altre, seguint un procés d'escalada en la severitat de la violència, i que ha conduït a encunyar el terme “terrorisme íntim” (Johnson, 2006, 2008). És en aquesta tipologia on s'adscriu el model del *Duluth Domestic Abuse Intervention Project*, de Minnesota (Pence & Paymar, 1993), basat en la idea que els maltractes o abusos són un factor constant en la relació de parella, amb la finalitat de dominar a un dels integrants (en aquest model, la dona). Per tant, l'exercici de la violència des d'aquest patró és de caire sistemàtic i continuat.

Un altre patró descrit és aquell en el que l'acumulació progressiva de frustració, ràbia i ressentiment acaba detonant en episodis de violència predominantment física. Es tracta, doncs, d'una violència cíclica i reiterativa. Una pionera en la descripció d'aquest patró de violència sobre les dones seria Lenore Walker, amb la descripció del cicle de la violència (Walker,

1979, 2006, 2012); aquest cicle estaria constituït per tres etapes: acumulació de tensió, episodi de maltractament (físic i/o verbal) i penediment afectiu (també anomenat reconciliació o lluna de mel). En una altra línia, la VP també s'ha relacionat amb la violència en comú entre els dos membres de la parella (Johnson, 1995); si bé aquest tipus de violència relacional ha estat estudiada, ha rebut menor atenció i rellevància social.

Hi ha una llarga tradició en utilitzar el terme “violència domèstica”, procedent dels primers estudis sobre la violència produïda en el marc d'una relació de parella. Aquest terme s'ha utilitzat generalment per referir-se a la VP, però també podria aplicar-se a d'altres tipus de violència produïda en l'àmbit de la família, dins d'una mateixa llar, com pot ser la que s'adreça a menors, a progenitors, o ancians/es. Tanmateix, han anat apareixent altres termes, com “violència familiar” o “terrorisme domèstic”, tot i que han estat menys utilitzats. I en l'àmbit de la parella s'ha introduït el terme de “violència domèstica contra les dones”.

Si bé la terminologia esmentada fins ara posa l'èmfasi en diversos tipus de violència interpersonal, aquesta ha conviscut amb una altra terminologia que posa l'accent en la idea del masclisme i el patriarcat com a causes fonamentals de l'exercici de la violència. Des d'aquesta perspectiva s'han aplicat vocables com “Violència Contra la Dona”, “Violència de Gènere”, “Violència Basada/Relacionada amb el Gènere”, o “Violència Masclista”. La Declaració de les Nacions Unides sobre l'Eradicació de la Violència contra les Dones, adoptada per l'Assemblea General de l' Organització de les Nacions Unides (ONU) el 1993, va definir la Violència Contra la Dona com “qualsevol acte de violència basada en la pertinença [per part de la víctima] al sexe femení que produeixi o pugui produir danys o patiments físics, sexuals o mentals en la dona, incloses les amenaces de tals actes, la coerció o la privació arbitrària de la llibertat, tant en la vida pública com en la privada” (ONU, 1993). En aquesta Declaració també es posava de manifest que la violència contra la dona abastaria, entre d'altres, la violència física, sexual i

psicològica que es produeix en el si de la família (conjugal o comesa per altres familiars) i en la comunitat en general, així com la violència perpetrada o tolerada per l'Estat.

A Espanya, la violència de gènere queda exposada a la *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, de la següent manera: “Es tracta d'una violència que es dirigeix sobre les dones pel fet mateix de ser-ho, per ser considerades, pels seus agressors, mancades dels drets mínims de llibertat, respecte i capacitat de decisió”. En relació als actes de violència, l'article 1.3 de l'esmentada Llei explicita: “La violència de gènere comprèn tot acte de violència física i psicològica, incloses les agressions a la llibertat sexual, les amenaces, les coaccions o la privació arbitrària de llibertat” (*Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, 2004*).

Així doncs, la conceptualització de la violència de gènere parteix de la idea de la desigualtat existent entre homes i dones. És especialment en aquest corrent on es situa la perspectiva feminista (si bé aquesta utilitzi igualment el terme "violència domèstica"). Des d'aquest punt de vista la violència de gènere tindria una finalitat instrumental, consistent en preservar el domini de l'home i la subordinació de la dona. Amb tot, resta clar que en aquest enfocament s'hi inclourien també altres expressions de violència alienes a l'àmbit de la parella (Andrés-Pueyo, 2009; Pereda & Tamarit, 2013), podent incloure altres formes de violència (estructural i fins i tot institucional) fruit de la desigualtat. En aquest sentit, hi ha una controvèrsia sobre si aquest tipus de violència es fonamenta en la idea de patriarcat o es tracta d'una violència familiar, i per tant quin és l'enfocament més adient per conceptualitzar-la i incidir-hi (Brown & James, 2014).

Sigui com sigui, i estrictament parlant, els termes lligats a la perspectiva de gènere només fan referència a la violència exercida per mantenir el domini del patriarcat, excloent la violència que es produeix en

parelles del mateix sexe, o a la que pot exercir la dona envers la seva parella masculina. És per aquest motiu que els termes “violència/abús del company íntim”, “violència contra la parella” o “violència de parella” (fins i tot el de “violència romàntica”), serien més inclusius i adients, i per això són els que s’estan utilitzant cada vegada amb més freqüència en publicacions sobre aquest tema.

Amb tot, l’estudi de la VP ha adoptat predominantment la visió d’una violència unilateral, segons la qual serien els homes els que exercirien diverses formes de violència contra la seva parella o ex-parella. Altres autors proposen que aquesta violència mostra diverses tipologies (Johnson, 1995, 2006, 2008) i fins i tot que es produeix més sovint de forma bilateral (Dutton, 2008) o simètrica (Straus, 2008, 2010), essent aquesta mútua (Anderson, 2002), bidireccional (Archer, 2000), o recíproca (Whitaker, Haileyesus, Swahn, & Saltzman, 2007). Alguns estudis recents exploren aquesta perspectiva diàdica de la VP (Graña Gómez & Cuenca Montesino, 2014) i mostren la diversitat terminològica del fenomen (Ali, Dhingra i McGarry, 2016).

Aquesta diversitat de perspectives posa de manifest que el fenomen de la violència en el context d’una relació de parella és un fenomen controvertit que inclou diverses nomenclatures que han anat apareixent al llarg del seu estudi i abordatge. Cal considerar que la terminologia va lligada a la perspectiva teòrica o a la ideologia, incidint en l’objecte d’estudi, donat que pot provocar que es doni importància a una forma de violència i s’ignori d’altres, i en el seu tractament informatiu, jurídic o terapèutic-assistencial.

En aquesta tesi s’emprarà el terme VP, en considerar que es tracta del més similar al concepte estès d’*Intimate Partner Violence*, i que engloba totes les formes de violència que poden aparèixer en el context d’una relació de parella, amb independència del gènere de les persones implicades, les seves inclinacions sexuals i el seu estat civil, encara que cal matisar que aquesta tesi es centrarà en la violència exercida per un home contra la seva parella o

ex-parella dona.

1.2. Prevalença de la VP

L'Organització Mundial de la Salut (OMS, 2013) va informar que, com a mínim, un terç de les dones (un 30% a nivell mundial, amb un interval de confiança (IC) del 95% situat entre el 27,8 i el 32,2%, i un 25% a Europa), que han tingut una relació de parella, han patit algun tipus d'abús físic i/o sexual per part d'aquesta. Aquests resultats es van obtenir a partir de la revisió sistemàtica de diversos estudis que havien utilitzat com a metodologia l'aplicació d'enquestes adreçades a població general, seguint els criteris de referència o estàndard en relació a l'estimació de la prevalença de qualsevol forma de violència. Publicacions prèvies posaven de manifest l'ampli rang de la prevalença en funció del país objecte d'estudi (OMS, 2005). Alguns autors (Gracia, 2004) han plantejat que la incidència real és superior a la comptabilitzada si tenim en compte la VP no declarada. En aquest informe de l'OMS es prescindeix de la violència de caire emocional o psicològic a causa de les dificultats per mesurar-la, donada la manca de consens en les mesures a utilitzar i la dificultat per establir un llindar a partir del qual definir què és i en què consisteix l'abús emocional.

L'estimació de la prevalença de la VP contra les dones depèn de diversos factors, i en aquest sentit diversos autors (Andrés-Pueyo, 2009; Follingstad, 2009; Heise & García-Moreno, 2002; Mears, 2003; Menéndez Álvarez-Dardet, Pérez Padilla, & Lorence Lara, 2013; Sprague et al., 2014) destaquen algunes consideracions o limitacions a tenir en compte com l'heterogeneïtat de les mostres analitzades, la conceptualització de la violència, les fonts a les quals es recorre per mesurar-la (que poden ser tant diverses com macroenquestes nacionals, estudis realitzats amb dones ateses en centres d'atenció a la dona o similars, o estudis realitzats a partir de col·lectius professionals específics), o la diversitat d'instruments emprats per avaluar-la. Efectivament, factors com el context en el qual es realitza

l'estimació, els instruments d'avaluació emprats, les formes de violència analitzades, característiques sociodemogràfiques de la mostra i els períodes temporals en els que la violència s'ha produït, són elements que incideixen en la variabilitat dels resultats aportats. Es posa de manifest, per tant, que la línia d'estudi predominant es basa en una perspectiva centrada en les variables (Bogat, Levendosky, & von Eye, 2005). Per aquest motiu, s'han definit alguns criteris ètics i metodològics per facilitar la comparació entre estudis (WHO, 2001), si bé la gran proliferació d'estudis fa palesa la dificultat per aconseguir-ho.

1.2.1. Prevalença en contextos socio-sanitaris

En relació al context, la majoria d'estudis es realitzen en entorns socio-sanitaris. Una meta-anàlisi recent (Sprague et al., 2014) reporta valors situats al voltant del 38% en Atenció Primària o Medicina Familiar, tot i que el rang seria força ampli, entre el 21% i el 66% (Rodríguez, Bauer, Mcloughlin, & Grumbach, 1999). En Serveis d'Urgències aquests valors oscil·larien entre el 31% i el 54% (Rodríguez et al., 1999; Sprague et al., 2014). Des de Ginecologia i Obstetrícia diversos estudis han proporcionat valors compresos en el rang 4-8% (Gazmararian et al., 2000) o superiors (Desmarais, Pritchard, Lowder, & Janssen, 2014; Sprague et al., 2014). D'altra banda, des de Pediatria s'ha informat d'un percentatge de dones amb VP del 16,5% (IC 95%: 13,5-19,8) (Parkinson, Adams, & Emerling, 2001), o superior (Bair-Merritt et al., 2008; McCloskey et al., 2005; Rodríguez et al., 1999), de la qual fills/es en són testimoni.

A Espanya s'han reportat valors del 22,9% (IC 95%: 16,6-29,2) (García Torrecillas, Torío Duránte, Lea Pereira, García Tirado, & Aguilera Tejero, 2008), del 25,9 % (IC 95%: 21,3-30,9%), o del 26,2% (IC 95%: 21,7-31,1) en Atenció Primària (Cano Martín et al., 2010), en funció de l'instrument d'avaluació. Altres estudis han mostrat valors superiors: 48,6% (IC 95%: 43,5-53,4) (Aguar-Fernández, Delgado-Sánchez, Castellano-Arroyo, & del Castillo, 2006).

1.2.2. Instruments de detecció de VP

Pel que fa a la metodologia emprada, és habitual l'administració de qüestionaris, i, en menor grau, d'enquestes anònimes. Alguns dels qüestionaris més utilitzats són la *Conflict Tactics Scale* (CTS; Straus, 1979) i posteriorment la seva versió revisada (CTS2; Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman, 1996), l'*Index of Spouse Abuse* (ISA; Hudson & McIntosh, 1981), la *Women's Experience with Battering Scale* (WEB; Smith, Earp, & DeVellis, 1995), la *Hurts, Insults, Threatens and Screams Scale* (HITS; Sherin, Sinacore, Li, Zitter, & Shakil, 1998) o la *Composite Abuse Scale* (CAS; Hegarty, Sheehan, & Schonfeld, 1999). També s'apliquen instruments de sondeig o cribratge com l'*Abuse Assessment Screen* (AAS; Norton, Peipert, Zierler, Lima, & Hume, 1995), el *Partner Violence Screen* (PVS; Feldhaus, Koziol-McLain, Amsbury, Lowenstein, & Abbott, 1997), o el *Woman Abuse Screening Tool* (WAST; Brown, Lent, Brett, Sas, & Pederson, 1996; Fogarty & Brown, 2002). Els diversos qüestionaris semblarien mostrar diferents valors en sensibilitat i especificitat (Rabin, Jennings, Campbell, & Bair-Merritt, 2009), i no hi ha un consens generalitzat en quin/s és/són el/s més adequat/s. A més, la manca d'un "gold standard" en el procés d'avaluació malgrat les indicacions de l'OMS dificulta la comparació de les mesures obtingudes. D'altra banda, també hi ha diversitat de criteris sobre la idoneïtat de l'eina a utilitzar, en el sentit que faciliti a les víctimes la revelació de la seva situació; és a dir, si emprar qüestionaris auto-aplicats, avaluacions amb un/a entrevistador/a o procediments informàtics. Alguns autors han suggerit que aquesta darrera eina permetria identificar un nombre superior de casos (Hussain et al., 2013), mentre que d'altres plantegen que no hi hauria diferència entre procediments informàtics i qüestionaris auto-aplicats, que mostrarien una identificació molt superior de casos positius respecte a preguntes realitzades directament per professionals de la salut (MacMillan et al., 2006).

1.2.3. Formes de violència

La violència cap a les dones per part de les seves parelles homes s'expressa en diferents formes. Aquelles a les quals s'ha dirigit major atenció són la violència física, la sexual i la psicològica. La primera d'elles es basa en l'exercici de la força amb la finalitat de provocar danys en l'altre, incloent conductes com empentes, cops de puny, estirar el cabell, l'ús d'armes i en casos extrems desembocaria en l'assassinat. La violència sexual consistiria en mantenir una conducta sexual no consentida, mitjançant l'ús de la força, d'amenaques o de la coacció. Aquestes dues formes de violència provoquen addicionalment un perjudici de caire emocional, que en els primers estudis sobre violència en el context de la parella no era tingut en compte.

Si bé inicialment les formes de violència analitzades es centraven en l'abús físic i sexual, se n'han anat incloent d'altres. Un dels models més complets és el de la "roda de poder i control" del Projecte Duluth (Pence & Paymar, 1993), que tot i destacar la violència física i sexual, inclou d'altres manifestacions com l'abús emocional, la intimidació, la coerció o amenaça, l'aïllament, la culpabilització, l'exercici del domini masculí, l'abús econòmic o l'ús de menors (fills/es) com a mitjà per fer mal a l'altre. Com s'ha comentat anteriorment, la violència psicològica té una major complexitat a l'hora de ser operativitzada, i acostuma a incloure conductes de control, crítiques, o ridiculització de l'agressor envers la víctima (Sackett & Saunders, 1999). Per aquest motiu no és fins el seu informe del 2002 (Heise & García-Moreno, 2002), que l'OMS no inclouria l'abús psicològic i la violència de control; amb tot, en la revisió de 2013 no són inclosos. Estudis recents indiquen que conductes coercitives i de control són prou presents en VP com per que siguin explorades i identificades (Velonis, 2016).

A Espanya, a més de la violència física, sexual, psicològica i de control, la *Macroencuesta* de 2015 (*Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer*, 2015) sondeja addicionalment la incidència de la violència econòmica, que ha estat considerada com igualment rellevant (Sanders, 2015); aquesta

darrera inclouria el control monetari, la signatura forçada d'aval, la dependència econòmica o el robatori, entre d'altres. Una altra forma de violència que s'ha afegit a les anteriors seria la violència ambiental, que consistiria en causar desperfectes o pèrdues en objectes amb un valor material o simbòlic (Cirici Amell, Querol Viñas, & Ripoll Ramos, 2010). Les diferents formes de violència no només acostumen a solapar-se (Heise & García-Moreno, 2002; Thompson et al., 2006), sinó que la confluència de diversos tipus d'aquesta en el passat incideixen en una major probabilitat de patir-ne en l'actualitat (Ruiz-Pérez et al., 2006). Una altra qüestió és la freqüència o periodicitat amb la que aquestes expressions es produeixen, que es recull en pocs estudis (Fontanil et al., 2005) i que tenen una gran importància en les conseqüències en la salut.

1.2.4. Període temporal explorat

Un altre element que és important considerar quan es mesura la prevalença de la VP és el període temporal considerat. La majoria d'estudis o informes mesuren la incidència de la VP al llarg de tota la vida. En aquest cas, la prevalença s'ubicaria entre el 21% i el 55% (McCloskey et al., 2005; Nelson, Nygren, McInerney, & Klein, 2004). D'altres inclouen també la seva presència en períodes més acotats, incloent el darrer any o els cinc anys anteriors a l'avaluació (Thompson et al., 2006). Aleshores apareix una prevalença entre el 4% i el 44% (McCloskey et al., 2005; Nelson et al., 2004; Sprague et al., 2014; Thompson et al., 2006). En els darrers cinc anys, aquesta seria del 14,7% (Thompson et al., 2006).

A Espanya s'ha indicat que la prevalença vital de la VP vers les dones es situaria en el 20% (Fontanil et al., 2005), 24,8% (Ruiz-Pérez et al., 2010), 32% (Ruiz-Pérez et al., 2006). Un baix nivell educatiu (estudis primaris o no tenir-ne), el número de menors d'edat que viuen a la llar i l'estat civil (separada o divorciada) serien les variables socio-demogràfiques que estarien més associades a la VP, així com ser immigrant (Vives-Cases et al., 2009, 2010). Altres estudis plantejarien que una menor edat de la dona i un

salari familiar mensual baix també estarien associats a VP (Ruiz-Pérez et al., 2006), així com tenir un major número de fills i una pitjor situació laboral, entesa com a jornada laboral no completa i amb major número de baixes laborals (Fontanil et al., 2005). S'ha plantejat que l'edat podria tenir un paper diferencial en la petició d'ajuda davant el patiment emocional, essent aquesta menys present i més inconsistent en dones víctimes joves, amb una història de VP més curta (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa, & Corral, 2007). Per tant, si bé sembla que hi ha característiques socio-demogràfiques que incideixen en un major risc d'exposició a la VP, es fa palesa la dificultat per identificar-les de manera unívoca. Recentment, Heise i Kotsadam (2015) han plantejat que aquestes característiques s'han de contextualitzar a nivell geogràfic, prenent en consideració factors relatius a l'estatus de la dona en el context de la realitat sociopolítica de cada país: rol de l'home enfront la dona, (in)tolerància de la legislació envers l'abús, accés a l'educació i a l'àmbit laboral, grau de lluita per la igualtat de drets, etcètera.

1.2.5. La VP a Espanya

A nivell estatal, s'han realitzat diverses macroenquestes promogudes pel ministeri d'assumptes socials, que han publicat els respectius informes els anys 1999, 2002, 2006, 2011 i 2015. Les tres primeres van ser realitzades per l'*Instituto Nacional de la Mujer*. Les posteriors van ser dutes a terme per l'*Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer*. En totes elles la mostra era constituïda per dones a partir dels 18 anys d'edat, i en la del 2015 es va ampliar el rang d'edat incloent participants a partir dels 16 anys. La metodologia emprada va ser diferent entre elles: mentre que les primeres van utilitzar enquestes telefòniques, les darreres van aplicar entrevistes en domicilis particulars. En les tres primeres es va explorar la violència intrafamiliar, incloent diversos agents implicats; en les subsegüents es va posar el focus d'atenció en la violència contra les dones exercida per homes, es tractés de la parella actual o de l'ex-parella.

Les primeres macroenquestes sobre violència de gènere realitzades

(p. ex., *Instituto Nacional de la Mujer*, 2006) van identificar dos tipus de dones víctimes de violència: aquelles considerades tècnicament maltractades i aquelles que es consideraven a si mateixes com a maltractades. Les primeres, anomenades tipus A, eren dones que no s'identificaven com a víctimes de maltractament però que reunien criteris per a ser valorades com a tals. En els informes dels anys 1999, 2002 i 2006 aquest grup va mostrar una prevalença del 12,4%, 11,1% i 9,6%, respectivament. En el segon grup de dones, anomenat també tipus B, els valors van ser del 4,2%, del 4% i del 3,6%, respectivament. En la *Macroencuesta* de 2011 (*Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer*, 2011), només es van considerar aquelles dones que declaraven patir violència, i per aquest motiu es van analitzar novament les dades de les enquestes anteriors des d'aquesta òptica. La prevalença estimada de la VP en aquesta ocasió va ser del 10,9% (essent aquesta vital en un 7,9% i en el darrer any en un 3%). Aquest valor total era superior a la detectada anteriorment (5,1% en 1999, 6,2% en 2002 i 6,3% en 2006). En la *Macroencuesta* de 2015 (*Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer*, 2015) es va definir la prevalença en base a la forma de violència. Així, es van obtenir valors del 10,3% per la violència física, del 8,1% per la violència sexual, del 25,4% per la violència psicològica de control, del 21,9% per la violència psicològica emocional, i del 10,8% per la violència econòmica. A més, en l'enquesta es va incloure una pregunta de control relativa a si s'havia tingut por en alguna ocasió d'alguna parella o ex-parella, a la qual un 13% va respondre afirmativament. Val a dir que no s'explica el procediment a partir del qual es va reclutar les participants en l'estudi, ni si es va produir atrició al llarg del procés avaluatiu, i tampoc s'aporta informació sobre si la dona entrevistada es considerava a si mateixa com una víctima.

Aquestes macroenquestes han explorat el fenomen de la VP a Espanya. La metodologia ha anat canviant entre les tres primeres i les corresponents als anys 2011 i 2015, adequant-se a les tendències de la

recerca en aquest camp. Malauradament, aquestes modificacions en el procediment dificulten la comparació dels resultats i generen una sensació de discontinuïtat en l'estudi d'aquest fenomen. D'altra banda, posen de manifest que hi ha hagut una evolució en la conceptualització i la mesura de la VP des dels seus inicis fins a l'actualitat, ajustant-se progressivament als procediments i aportacions de la recerca internacional. Efectivament, fins a finals dels anys noranta la VP contra les dones no representava a Espanya un problema social i de salut que cridés l'atenció de manera generalitzada, a diferència del que succeeix en els darrers anys. Com a conseqüència, s'ha produït una major conscienciació i sensibilització de la societat. Els resultats compresos entre els informes dels anys 1999–2011 semblen mostrar un increment de la prevalença, que pot indicar un major reconeixement de la problemàtica.

A Andalusia, Medina-Ariza i Barberet (2003) van enquestar 2015 dones amb una versió modificada de la CTS2. Amb aquest qüestionari van diferenciar entre formes de maltractament (físic, sexual i psicològic) severes i de menor consideració, d'acord amb l'estructura factorial de l'instrument, i que tindria a veure amb la intensitat del maltracte. Així, van estimar una prevalença aproximada del 8% de maltractament físic menor (IC 95%: 6,9-9,4%) i del 5% en el cas de maltractament físic sever (IC 95%: 4-6%), una prevalença de l'11,5% d'abús sexual menor (IC 95%: 10,1-13,1%) i del 4,7% en el cas d'abús sexual sever (IC 95%: 3,8-6%), i una prevalença del 42,5% de maltractament psicològic menor (IC 95%: 40,3-44,6%) i del 15,2% en el cas de maltractament psicològic sever (IC 95%: 13,6-16,9%).

Posteriorment, Calvete, Corral i Estévez (2007) van enquestar 1266 dones al País Basc amb la versió modificada de la CTS2 i van definir una prevalença a nivell global aproximada del 18% en maltractament físic (16,2% menor i 6,6% sever), del 30% en abús sexual (29,4% menor i 2,8% sever) i del 72% en maltractament psicològic (71% menor i 23,6% sever).

Aquests dos estudis destaquen el maltractament psicològic com el

tipus de violència més freqüent, seguit de l'abús sexual i del maltractament físic, quan aquests són de menor consideració. Altres estudis aporten la mateixa tendència (22,5% en relació al maltractament psicològic, 1,8% en el cas de la violència sexual, i 1,3% pel que fa a la física) encara que segueixin procediments diferents (Aguar-Fernández et al., 2006). Val a dir que aquests valors es refereixen al percentatge de dones que van declarar aquestes formes de violència en estat pur, sense solapar-se entre elles.

A Catalunya, el Programa de Seguretat contra la Violència Masclista del Departament d'Interior de la Generalitat de Catalunya, en col·laboració amb l'Institut Català de les Dones i la Regidoria de Dones de l'Ajuntament de Barcelona va impulsar l'any 2010 la primera Enquesta de Violència Masclista. Aquesta es va realitzar telefònicament, i explorava diverses manifestacions de la violència, perpetrada per diversos agents, en diferents entorns, més enllà de l'àmbit familiar. En relació a la VP, un 4,6% de les dones reconeixien haver patit alguna forma de maltractament per part de la seva parella actual, i un 7,4% deia haver patit violència per part d'alguna parella anterior (Programa de Seguretat contra la Violència Masclista, 2010). Si bé aquesta enquesta, com les primeres realitzades a nivell estatal (*Instituto Nacional de la Mujer*, 2006), no mostra una metodologia ajustada als estàndards de la recerca, proporciona resultats similars.

En resum, la mesura de la prevalença de la VP és complexa i requereix tenir en compte diverses variables. Amb tot, els valors indicarien que al voltant d'1 de cada 3, o d'1 de cada 4 dones pateixen VP (Eriksson & Mazerolle, 2015; Keeling & Fisher, 2012). Diversos autors posen de manifest que la prevalença de la VP a Espanya és similar a la d'altres països amb característiques semblants (Andrés-Pueyo, 2009; Kury, Obergfell-Fuchs, & Woessner, 2004; Medina-Ariza & Barberet, 2003; Walker, 2012).

1.3. Efectes de la VP en la salut

Diverses publicacions han posat de manifest els efectes perjudicials que té la

VP en la salut. Les dones víctimes de VP (VVP) perceben tenir un pitjor nivell de salut (*Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer*, 2015) i, efectivament, tenen un major risc de desenvolupar trastorns físics i mentals (Bonomi et al., 2006; Coker et al., 2002; García Torrecillas et al., 2008; Golding, 1999; Heise & García-Moreno, 2002; Plazaola-Castaño & Ruiz Pérez, 2004; Raya Ortega et al., 2004). Per exemple, dones que pateixen VP mostren taxes de problemes de salut fins a un 60% superiors a dones sense historial de violència (Campbell, 2002). Quan l'abús és crònic, les conseqüències per a la salut són més severes i duradores (Von Eye, Davidson, Bogat, Levendosky, & DeJonghe, 2004). Alguns autors han començat a explorar l'efecte de característiques en les víctimes que poden influir en l'expressió de la simptomatologia (Yalch & Levendosky, 2015).

A nivell orgànic, alguns d'aquests trastorns es vinculen directament a agressions rebudes, com laceracions, contusions, fractures o lesions de diversa índole. Altres trastorns apareixen indirectament com a conseqüència de l'estrès que apareix en el si de la relació violenta, entre els quals s'hi poden incloure alteracions en el sistema neuroendocrí, immunitari, cardiovascular o gastrointestinal, desenvolupament de malalties cròniques, abús de substàncies, o afectacions en la salut sexual i reproductiva (Coker, 2007; Crofford, 2007; Dutton et al., 2006; Phelan, 2007; Plichta, 2007; Walker, 2012; World Health Organization, 2013).

A nivell de salut mental, s'ha relacionat la VP amb depressió (Cascardi, O'Leary, Lawrence, & Schlee, 1995; Cascardi & O'Leary, 1992; Dienemann et al., 2000; Golding, 1999; Petersen, Gazmararian, & Andersen Clark, 2001; Plichta, 2007; Sackett & Saunders, 1999; Walker, 2012) i altres trastorns com el Trastorn per Estrès Posttraumàtic (TEPT) (Dutton et al., 2006; Golding, 1999; Jones, Hughes, & Unterstaller, 2001; Mechanic, Weaver, & Resick, 2008) o trastorns d'ansietat (Cascardi et al., 1995; Follingstad, 2009). Així, s'ha estimat que la prevalença de depressió en dones VVP es situaria entre el 15% i el 83%, la del TEPT entre el 31% i el 84,4%, i la dels

trastorns d'ansietat entre el 16,4% i el 54,4% (Plazaola-Castaño & Ruiz Pérez, 2004). Semblaria que la situació de violència afectaria les estratègies d'afrontament a posar en pràctica, essent l'evitació o la retirada vers aquella la que acabaria provocant un major nivell de patiment (Calvete, Corral, & Estévez, 2008; Calvete, Estévez, & Corral, 2007).

El TEPT fa referència a un conjunt de símptomes intrusius, respostes d'evitació, alteracions negatives cognitives i de l'estat d'ànim, i de l'alerta i la reactivitat, com a conseqüència de l'exposició (en forma real o d'amenaça) a la mort, lesions greus o violència sexual (*American Psychiatric Association*, 2014). Si bé la violència psicològica no estaria inclosa, diversos estudis han mostrat nivells similars de TEPT en víctimes de violència física i psicològica (Amor, Echeburúa, De Corral, Sarasua, & Zubizarreta, 2001; Echeburúa, De Corral, Amor, Sarasua, & Zubizarreta, 1997). En relació a aquest trastorn, convé destacar l'aportació del Walker (2006, 2012) en la identificació de l'anomenada Síndrome de la Dona Maltractada. La formulació d'aquesta síndrome va ser anterior al reconeixement del TEPT en la tercera edició del Manual de Diagnòstic de Trastorns Mentals (DSM-III). A més de compartir criteris amb el TEPT, aquesta síndrome es caracteritzava per (Walker, 2006, 2012):

- 1) Relacions interpersonals conflictives com a conseqüència del poder exercit per l'agressor i les seves mesures de control.
- 2) Distorsió de la imatge corporal i dolències físiques i/o somàtiques.
- 3) Problemes sexuals.

Actualment, l'autora considera la Síndrome de la Dona Maltractada com un subtipus de TEPT (Walker, 2012). El DSM-IV i el DSM-5 inclouen la consideració de la VP en l'apartat corresponent a condicions que poden ser el focus d'atenció clínica, o poden afectar l'evolució clínica del o de la pacient. Tanmateix, en el DSM-5 s'actualitza i s'amplia la definició de VP, eliminant criteris diagnòstics que puguin estar mediats culturalment (com buscar ajuda professional) o incloent la incidència de violència en parelles

del mateix sexe (a més de les parelles heterosexuales), i millorant la seva valoració (Foran, Whisman, & Beach, 2015).

Diversos estudis (Amor, Bohórquez, & Echeburúa, 2006; Anderson, 2002; Cascardi & O’Leary, 1992; Encinas, Fernández-Velasco, & Rincón, 2010; Papadakaki, Tzamalouka, Chatzifotiou, & Chliaoutakis, 2009; Sackett & Saunders, 1999) indiquen que les dones VVP mostren una baixa autoestima, si bé no hi ha conclusions sobre si aquests valors són anteriors – anteriors – o posteriors –conseqüència– a la violència. Amb tot, s’ha plantejat que les dones VVP poden tenir sentiments de culpa pel fet de ser-ho (Matheson et al., 2015). Tanmateix, tenir una alta autoestima reduiria el risc de patir VP perquè la persona no es veuria mereixedora de tenir una relació caracteritzada per conductes abusives (González-Guarda, Peragallo, Vasquez, Urrutia, & Mitrani, 2009). De totes maneres, la relació entre autoestima i VP *per se* no és clara (Walker, 2012). Aquesta autora planteja tenir-la en consideració de manera conjunta a d’altres mesures, com per exemple l’estat d’ànim, donat que el nivell d’autoestima semblaria ser un factor de vulnerabilitat per desenvolupar psicopatologia (Cascardi & O’Leary, 1992) o per percebre un major o menor risc d’amenaça a la vida (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa, & Corral, 2007).

1.4. Percepció de la VP

Malgrat la diversitat d’estudis que analitzen la incidència de la VP, pocs d’ells analitzen la percepció que tenen les víctimes de ser-ho. Les denominacions “víctima de violència de parella” o “dona maltractada” semblen subsumir la construcció personal del que se suposa que és aquesta experiència a nivell social. Sovint no es té en compte que hi ha dones que pateixen aquest tipus de violència que no s’identifiquen amb la construcció social d’aquesta condició (Mahoney, 1991).

Com s’ha explicat anteriorment, les primeres macroenquestes sobre violència de gènere realitzades (*Instituto Nacional de la Mujer*, 2006) van

identificar dones tècnicament maltractades (tipus A) i dones que es reconeixien com a víctimes de violència (tipus B). Aquesta diferenciació posava de manifest, doncs, que pràcticament el triple de dones víctimes de violència respecte les que n'eren conscients no tenien consciència de ser-ho. En l'enquesta de violència masclista de Catalunya (Programa de Seguretat contra la Violència Masclista, 2010), del 4,6% de dones que patien violència per part de la parella actual, només un 2% s'identificava com a víctima. Una explicació a aquestes dades podria ser que, com assenyalen alguns autors, la relació de parella fos mútuament violenta. Una altra seria que hi ha formes de violència que passen desapercebudes, i resten invisibles. De fet, moltes dones que pateixen violència només denunciarien les seves parelles quan aquesta és física, i per tant hi ha un trauma físic (ferides, lesions, contusions) que evidencia un risc per la salut i es poden diagnosticar amb facilitat i objectivament. Altres accions podrien no ser reconegudes com a formes de violència (Soldevilla, Feixas, Varlotta, & Cirici, 2014). En el cas de la violència de tipus sexual comesa per la parella, aquesta habitualment no és identificada perquè no coincideix amb la construcció del que és un abús (Littleton, Axsom, & Grills-Taquechel, 2009) a no ser que aquest sigui molt greu (Walker, 2012), per exemple quan va acompanyat de violència física.

En aquest sentit, l'estudi de Medina-Ariza i Barberet (2003) informava que només el 4,6% de les participants reconeixia ser víctima. L'atenció a les víctimes és primordial donat que ser víctima constitueix un factor de risc de patir re-victimització en el futur (Graves, Sechrist, White, & Paradise, 2005). Amb l'objectiu de reduir-la, Mears (2003) planteja que "és necessari el desenvolupament [d'un cos] teòric per sintetitzar i transcendir les diverses troballes [procedents] de diferents disciplines acadèmiques sobre la violència domèstica i les intervencions contra la violència domèstica. Aquestes teories haurien de ser capaces d'explicar la violència domèstica a diferents nivells d'anàlisi (per exemple, entre les víctimes, els delinqüents, les relacions, famílies, comunitats, estats, països) i incorporar també factors

explicatius d'aquestes unitats" (pàg. 128). Aquest marc permetria incidir de manera tant independent com interrelacionada en els agents del canvi, el recipient del canvi, l'estratègia d'intervenció i els resultats a mig termini i llarg termini (Mears, 2003). En l'àmbit de la VP hi ha escasses contribucions teòriques que permetin adquirir una visió que compregui els diversos components del problema, essent necessari desenvolupar models que no siguin només descriptius (Bogat et al., 2005) sinó explicatius i predictius.

En aquesta tesi s'aporta la visió proporcionada per la Teoria dels Constructes Personals, un model epistemològic de com l'individu construeix el coneixement del seu entorn, del seu món relacional i de si mateix.

2. LA TEORIA DELS CONSTRUCTES PERSONALS

2.1. Supòsits bàsics: l'epistemologia constructivista

L'epistemologia és una branca de la filosofia que es pregunta com es desenvolupa el coneixement de la realitat. Concretament, aquesta disciplina estudia els principis, fonaments i mètodes del coneixement humà. El constructivisme és una postura epistemològica que planteja que la realitat és interpretada de diverses maneres i, per tant, que el coneixement és construït per l'individu, el subjecte. Aquesta postura es contraposa a la de l'objectivisme, que afirma que la realitat externa es representa en la ment de l'individu, a través de la informació sensorial. Si la realitat i el coneixement d'ella són una construcció, els esdeveniments no poden ser predits com a entitats independents sinó a través de l'experiència percebuda i cognitivament transformada. A més, en la mesura que cada subjecte realitza la seva idiosincràtica interpretació de la realitat, aquesta no és única ni universal.

El constructivisme, doncs, és un posicionament que es contraposa al positivisme i al pensament modernista ja que es considera que la realitat no pot ser aprehesa directament amb imparcialitat, sinó que l'observador influeix en ella partint de les seves premisses personals, recreant-la de manera singular i diferenciada. La cognició ja no seria un sistema de representacions originades a partir d'un ordre extern unívoc i independent sinó que consistiria en un sistema que generaria noves hipòtesis sobre la realitat a partir del coneixement previ. En aquest sentit, el constructivisme es vincularia amb el pensament postracionalista.

2.2. Formulació teòrica

La Teoria dels Constructes Personals (TCP) (Botella & Feixas, 1998; Fransella, 2003; Kelly, 1955; Walker & Winter, 2007) és una teoria basada en l'epistemologia constructivista, i com a tal entén l'activitat humana com

un procés de construcció de significats, emfasitzant així el particular sentit que cada persona dóna a les seves experiències.

El postulat fonamental de la TCP és que l'individu orienta la seva activitat a connotar i estructurar les experiències per poder anticipar els successos de la seva vida. Per poder optimitzar l'adaptació al seu entorn, la persona formula hipòtesis sobre el curs dels esdeveniments, o el comportament d'altri, que posteriorment confirmarà o refutarà. En aquest sentit, l'ésser humà és vist com un científic que construeix i organitza el seu saber amb l'objectiu de poder predir els fenòmens de la vida diària partint de les experiències i eleccions prèvies. D'aquesta manera es posa de relleu el rol actiu que aquest desenvolupa en el procés de construcció del coneixement, que li permetrà generar diverses alternatives viables per optimitzar l'adaptació.

A partir d'aquest postulat inicial, la TCP descriu onze corol·laris que desgranen els punts més importants de la teoria:

- Corol·lari de Construcció. Al procés de donar un sentit a les experiències se l'anomena construcció. "Construir" significat implica discriminar una experiència respecte d'una altra, així com detectar semblances i patrons. Aquestes abstraccions de significat són codificades en unitats d'anàlisi anomenades constructes. Els constructes parteixen, doncs, d'esdeveniments passats i s'utilitzen en l'actualitat i el futur a mode de rèpliques que es contrastaran per verificar-ne la seva capacitat predictiva. En aquest sentit, per considerar que una acció és "*violenta*" o constitueix un "*abús*", és necessari que aquests dos significats existeixin.
- Corol·lari d'Organització. Les diverses construccions de significat s'organitzen en una xarxa semàntica anomenada sistema de constructes personals, que disposa d'una estructura singular. Els constructes s'anirien interconnectant a mesura que l'individu viu experiències que li permeten detectar patrons associatius. Aquest

sistema té una estructura jeràrquica, amb constructes centrals o nuclears i d'altres de subordinats o perifèrics. Amb aquesta xarxa de constructes els individus assimilen i organitzen les seves experiències de manera que aquestes es puguin anticipar, garantint el bon funcionament de la persona en el medi. Aquest corol·lari permetria explicar per què algunes accions poden ser considerades agressives i per tant inacceptables (p. ex. insults, amenaces, cops) i d'altres no (p. ex. revisar el mòbil o el correu electrònic).

- Corol·lari de Dicotomia. Els constructes, més enllà de ser únicament atributs, són dimensions de significat amb dos pols oposats. Aquesta bipolaritat permet copsar les diferències entre dos o més individus o esdeveniments, que són categoritzats com a més propers a un pol o a l'altre. D'aquesta manera, es pot contraposar la visió d'una persona "*violenta*" respecte d'aquella que és "*serena*".
- Corol·lari d'Elecció. Donat que la motivació central de la persona és la d'anticipar els esdeveniments emprant els constructes de què disposa, triarà aquella alternativa que li permeti donar major sentit a l'experiència redundant en una major elaboració del sistema cognoscitiu. En aquest sentit, l'elecció del significat pot anar orientat a estendre o ampliar els camps d'aplicació del sistema, o bé estar dirigit a definir i refinar les associacions entre els constructes. En el supòsit que es construeixi la parella com a una persona "*irascible*", la interpretació de les seves accions i comentaris es contextualitzarà en base al seu estat emocional, per la qual cosa es poden destinar molts esforços a percebre aquest estat i a intentar calmar-lo.
- Corol·lari d'Àmbit. Els constructes poden aplicar-se per anticipar un número finit d'esdeveniments, de manera que cadascun d'ells

disposa d'un àmbit específic de conveniència, del qual quedarien excloses algunes experiències/persones. Com a conseqüència, es pot descartar que una relació de parella pugui ser mútuament violenta si només s'entén la violència com un fenomen de caràcter unidireccional.

- Corol·lari d'Experiència. El sistema de constructes evoluciona a mesura que s'experimenten i es construeixen noves experiències i es contrasten les prediccions, perfilant els significats i les associacions dels constructes. Si es considera que la parella és "*afectuosa*" excepte quan està "*nerviosa*", però progressivament es van percebent situacions en les quals aquesta no és afectuosa sense haver d'estar nerviosa, la construcció que es fa tant d'ella com de la relació pot anar canviant.
- Corol·lari de Modulació. Els constructes poden ampliar o restringir el seu àmbit de conveniència, incorporant o descartant la seva aplicació a nous elements, en base al seu grau de permeabilitat o impermeabilitat. Per tant, una persona que és víctima de violència de parella però no té aquesta percepció a causa d'una visió/construcció diferent del fenomen, podrà tenir més dificultat per canviar-la si el constructe és molt impermeable.
- Corol·lari de Fragmentació. El sistema de constructes recull una àmplia diversitat de construccions algunes de les quals poden semblar incompatibles entre elles malgrat s'apliquin a una mateixa experiència/persona. Per aquest motiu una persona "*agressiva*" pot ser també vista com una persona "*amorosa*".
- Corol·lari d'Individualitat. La construcció d'experiències és personal i per tant idiosincràtica. Cada individu difereix en el significat que assigna a les experiències, i cada sistema de constructes té una configuració que li és única. Aquest corol·lari ajudaria a entendre per què hi ha persones que no es

considerarien víctimes de violència de parella malgrat es tinguin evidències que realment pateix abusos per part d'aquesta.

- Corol·lari de Comunalitat. Dues persones s'assemblen en la mesura que les seves construccions personals són semblants. Així, les persones poden compartir un marc de significats força comú com ocorre habitualment entre membres de la mateixa família, cultura, etc. D'aquesta manera, persones significatives (pertanyin o no al propi entorn) poden contribuir a restar o donar importància a diverses accions en funció de si aquestes són vistes com a "*violentes/abusives*" o no.
- Corol·lari de Socialitat. En la mesura que els individus conviuen i es relacionen entre ells, és convenient poder anticipar (copsar i adoptar) la perspectiva de l'altre per adaptar el propi comportament i promoure l'entesa interpersonal. Així doncs, una persona que pateix violència de parella pot assimilar argumentacions de l'agressor i fer-se-les seves, a l'hora de justificar les agressions o els abusos.

La TCP, doncs, planteja que les accions de les persones estan orientades a posar a prova les anticipacions derivades del sistema de constructes. Per tant, així com un científic anticipa unes hipòtesis de treball que després confirma o refuta, cada persona anticipa esdeveniments i comportaments referents a si mateixa o als altres que permeten percebre un ordre en el món i fer-lo més predictable. Aquesta condició, la predictibilitat, promou l'adaptació. El cicle d'experiència, que ocorre de forma continuada, sovint fora de l'abast de la consciència, descriu aquest procés a partir de cinc etapes que se succeeixen de manera circular:

- Anticipació de l'experiència (és a dir, la formulació d'una hipòtesi sobre el curs d'un esdeveniment o la conducta d'una persona)
- Implicació en el resultat (és a dir, activació de les accions necessàries per a que l'experiència es produeixi)

- Trobada amb l'esdeveniment (vivència experiencial)
- Validació o invalidació de l'anticipació
- Revisió constructiva del sistema
- Anticipació (i començaria un nou cicle, donat que es tracta d'un procés circular i continu).

La validació o invalidació de les construccions genera reaccions emocionals ben diferents. Mentre que la validació provoca emocions positives, la invalidació provoca emocions negatives, indicant que cal revisar el sistema de constructes i iniciar una transició cap a noves construccions amb major capacitat predictiva i en definitiva que proporcionin un major control. Aquesta revisió i reconstrucció posterior es realitza repetidament al llarg de la vida, després d'experimentar unes emocions que advertirien que el sistema de constructes no permet predir i adaptar-se a determinades experiències. En aquest sentit, Kelly va descriure sis emocions (negatives) que podrien aparèixer davant la invalidació:

- Amenaça. Consisteix en adonar-se que algun constructe nuclear ha de ser profundament revisat i modificat donat que ha perdut capacitat predictiva i no permet anticipar esdeveniments. Per exemple, en el cas del constructe "*autònom - dependent*", quan la víctima s'ha vist com una persona amb autonomia en diversos àmbits (p. ex. a nivell laboral, o en les seves relacions interpersonals) però ha acabat desenvolupant una gran dependència envers l'agressor. La víctima, que hauria passat a requerir acompanyament, supervisió i/o suport, recolliria evidències sobre que ja no podria manegar-se com una persona autònoma.
- Por. És la percepció que un constructe nuclear ha de ser revisat i modificat lleugerament. És el cas del constructe "*seguretat - inseguretat*". Per exemple, mentre la víctima està sola, realitza les seves activitats dins i fora de casa amb seguretat, però quan és a

casa i sent obrir la porta, en tornar-hi l'agressor, passa a sentir-se intranquil·la i insegura.

- Ansietat. És el reconeixement que no es disposa de cap constructe que permeti copsar i categoritzar una experiència, de manera que aquesta no es pot comprendre, genera confusió i no permet ser anticipada. Podria ser el cas del constructe "*amb parella – sense parella*", després de tenir-ne durant un període llarg de temps. Una dona que ha estat immersa en una relació abusiva pot no saber com fer front a diverses situacions en cas de separar-se de la parella, o no veure's-hi capaç.
- Culpa. Es tracta d'advertir que en el decurs d'un esdeveniment un mateix s'ha desmarcat d'un constructe nuclear. Això podria succeir quan una dona que sempre ha tingut cura de la seva parella/família, fins i tot per davant de les pròpies necessitats i desitjos, es planteja deixar la parella (o ha iniciat el procés de fer-ho), demostrant-se no ésser "*cuidadora*", sinó més aviat "*egoista*".
- Agressivitat. Es refereix a l'actitud proactiva i resolutiva per poder explorar, definir i triar una alternativa viable (com quan la víctima inicia passos per canviar la seva situació, per exemple, assessorant-se legalment o consultant amb un/a professional de la salut).
- Hostilitat. Consisteix en l'obstinació per demostrar sigui com sigui la validesa d'una construcció que ha estat desconfirmada (com en el cas que la víctima defineixi la seva relació de parella com a "*amorosa*" en lloc de "*tòxica*", davant les conductes de control i de desconsideració que aquesta té envers ella).

A més de tractar-se d'un model idiogràfic de la personalitat que centra el focus d'interès en les dimensions personalment rellevants del Jo, la perspectiva de Kelly ofereix un marc comprehensiu i integral de l'experiència humana que proporciona una base teòrica i metodològica que

convina a analitzar les construccions dels individus des de contextos diversos de la psicologia: clínica, educativa, organitzacional o bàsica.

2.3. Aplicacions

Malgrat la diversitat d'àmbits d'aplicació que després ha tingut, la TCP es va desenvolupar a partir de la pràctica clínica, i és en aquest context en el qual s'ha estès en major grau. De fet, gran part de la recerca que es realitza des d'aquest marc teòric s'ha centrat en l'àmbit de la salut. Així, s'ha investigat les característiques de persones que pateixen trastorns psiquiàtrics (trastorns de l'estat d'ànim, d'ansietat, addictius o de la conducta alimentària) o trastorns orgànics (fibromiàlgia, còlon irritable, càncer). La metodologia emprada ha estat tant quantitativa com qualitativa, a partir de textos biogràfics, de la Tècnica de la Graella (TG) o d'autocaracteritzacions. Les anàlisis quantitatives s'han realitzat fonamentalment a partir de l'anàlisi informàtica dels constructes extrets mitjançant diferents procediments i permet estudiar diversos índexs (Compañ et al., 2010; Dada, Feixas, Compañ, & Montesano, 2012; Feixas, Montebruno, Dada, Del Castillo, & Compañ, 2010; Feixas, Erazo-Caicedo, Harter, & Bach, 2008; Feixas, Saúl, & Ávila-Espada, 2009; Harter, Alexander, & Neimeyer, 1988; Lane & Viney, 2005; Saúl et al., 2012). Els estudis qualitatius han procedit aplicant l'anàlisi del contingut dels constructes, possibilitant la seva classificació en diferents àrees o categories (Feixas, Geldschläger, & Neimeyer, 2002; Green, 2004; Montesano, Feixas, & Varlotta, 2009).

2.4. TCP i Violència

Des del marc de la TCP també s'ha estudiat el fenomen de la violència interpersonal, incloent un ampli espectre de manifestacions com els crims en sèrie, el terrorisme, els abusos sexuals en la infància o la violència de parella, partint d'anàlisis de cas únic o d'estudis amb mostres específiques.

Els estudis que s'han centrat en les víctimes d'abusos sexuals en la

infància (Claussen, Field, Atkinson, & Spiegel, 1998; Erbes & Harter, 1999, 2002; Erbes, 2000; Harter, Alexander, & Neimeyer, 1988; Harter, 2000, 2001; Neimeyer, Harter, & Alexander, 1991) han posat de manifest, a mode de síntesi, que dones abusades sexualment en la infància es veuen a si mateixes de manera diferenciada respecte al seu Jo ideal i a la resta de persones significatives del seu entorn (per exemple, els pares). Aquestes discrepàncies i una construcció extremista de les persones i les experiències serien indicadors de mal pronòstic, entès com a major taxa de problemes adaptatius i menor resposta al tractament (Harter, Erbes, & Hart, 2004). D'altra banda, l'anàlisi del contingut dels constructes de dones víctimes d'abusos sexuals en la infància que havien estat comesos per adults que no eren familiars, ha mostrat un menor ús de constructes de tipus emocional respecte a dones que no havien estat abusades (Erbes, 2000; Harter et al., 2004). Els autors van observar que les nenes abusades haurien après a no expressar les seves emocions perquè això les conduiria a situacions de reprovació i invalidació per part dels adults, mentre que en els casos en els quals l'abús hagués estat comès per algun familiar, la víctima patiria tal fragmentació en la construcció de si mateixa que conduiria a intenses alteracions emocionals. Aquest perfil observat en supervivents d'experiències traumàtiques es complementaria amb un escàs ús de constructes de tipus moral (que comportarien una confrontació amb emocions com la vergonya i la culpa) i un major ús de constructes específics (relatius al físic o a atributs no psicològics) (Harter et al., 2004).

En l'àmbit de la VP, alguns autors han analitzat aquest fenomen i els processos cognitiu-emocionals implicats des de la perspectiva dels agressors i les víctimes (Doster, 1985; García-Martínez, 2008). Per exemple, Doster (1985), de manera semblant a Walker (1979), destacava un cicle de violència caracteritzat per tres etapes en el conflicte: escalada de tensió, erupció del conflicte i reconciliació. Tanmateix, descrivia l'aparició d'un nou rol tant en l'agressor com en la víctima: el "no-jo"; aquest rol consistiria en

una visió dissociada d'un mateix, és a dir, un "jo" que actuaria de manera aliena a la identitat de l'individu. En la transició de la primera etapa a la segona, és a dir, de l'escalada de tensió a l'erupció del conflicte, el "no-jo" emergiria prenent el relleu al "jo", donant lloc a tres possibles canvis: 1) accentuant la intensitat del posicionament de l'individu en el pol d'un constructe (per exemple, en el constructe "*fred vs. emocional*", passaria a ser d'*una mica a molt emocional*), 2) canviant de posicionament en el pol d'un constructe (per exemple, en el mateix constructe referit, es passaria de ser *fred a ser emocional*) o 3) adherint-se a nous constructes prescindint d'altres que esdevindrien irrellevants. Aquests tres canvis revertirien tant bon punt el "no-jo" es desactivés, en la transició de la fase d'erupció a la de reconciliació. Arribats a aquest punt, tant l'agressor com la víctima tendrien a rebutjar aquest element, el que dificultaria que es responsabilitzessin de les accions comeses o que s'anticipés el conflicte. Aquest podria ser un motiu que explicaria l'abandonament o *drop out* de la teràpia (a nivell de parella o individual, per part tant de l'agressor com de la víctima), del centres d'acollida on s'estigués internat/da, o la violació de l'ordre d'allunyament per part de la víctima.

García-Martínez (2008) ressaltava que el que diferenciaria l'enfocament constructivista respecte d'altres marcs teòrics seria l'interès en descriure la funció de la violència, entesa com una pauta de control i dominació, dins del marc de significats de l'individu amb el qual aquest dóna sentit a les seves experiències i les seves accions, amb la finalitat de poder fer el món més previsible i saber autoregular-se. En aquest sentit, el focus per comprendre el fenomen de la violència (des de la perspectiva de la víctima i/o de l'agressor) i per orientar la intervenció (envers un agent o l'altre) es centraria en aquest sistema de significats, per poder expandir-lo i promoure el canvi de manera coherent amb la pròpia identitat. Enriquant aquest sistema, la persona podria disposar d'un major repertori de constructes per donar sentit a les seves experiències i triar les seves accions

d'entre un ventall més ampli d'opcions. Amb més alternatives, la persona deixaria d'estar constreta a construir determinats esdeveniments i actuar de la mateixa manera a perpetuïtat.

Alguns autors s'han centrat específicament en els agressors de la violència que es produeix en el marc d'una relació de parella, estudiant els seus sistemes de constructes i descrivint protocols per intervenir en aquest col·lectiu (Houston, 1998; Laming, 2005). En aquest sentit, la TCP proporciona un marc per entendre com veuen el món els agressors i per què no aconsegueixen construir alternatives a experiències i accions violentes o abusives passades. Efectivament, l'enfocament "crèdul" de la TCP permet apropiarse i conèixer les motivacions de les persones que condueixen a les accions violentes sense qüestionar ni jutjar, de manera que els agressors poden mostrar-se més receptius a descriure's i a orientar-se envers el procés de canvi. Analitzar la pròpia conducta en termes de significat, opcions i eleccions i investigar-ne el significat subjacent promouria l'autoreflexió, permetria incrementar la capacitat metacognitiva i l'agentivitat. Aquests elements contribuirien a promoure el canvi terapèutic, que es podria dur a terme mitjançant diversos procediments i tècniques. Aquests protocols acostumen a desenvolupar-se en format grupal, i inclouren la presa de consciència sobre la conducta violenta o abusiva, l'anàlisi de l'historial d'experiències violentes, el desafiament de les creences i motivacions subjacents a la violència i la resocialització de la masculinitat.

Un enfocament constructivista sistèmic també s'ha mostrat útil i eficaç per intervenir en dones víctimes de violència de parella (VVP). En un assaig clínic inicial (Guerrero-Gómez & García-Martínez, 2008), es va observar una disminució en la severitat de la simptomatologia, utilitzant mesures prèvies i posteriors a la intervenció obtingudes amb qüestionaris com l'Inventari de Depressió de Beck (BDI), l'Inventari d'Ansietat de Beck (BAI) i el Symptoms Checklist Revised (SCL-90-R).

Diversos estudis han explorat els sistemes de constructes de dones

VVP aplicant la TG. A nivell nacional, Camps, Calle i Feixas (2000) van administrar i analitzar les graelles de 10 dones casades que rebien recolzament terapèutic en format grupal en un centre municipal d'atenció a la dona. Els resultats d'aquesta recerca pionera van posar de manifest una tendència cap al pensament unidimensional i una correlació positiva moderada entre el "Jo" i el "Jo ideal" de les participants. Aplicant una anàlisi de correspondències i plasmant en un eix la distribució d'elements i constructes, van observar que aquests dos elements es trobaven ben a prop, i que l'únic element posicionat de manera distant respecte el Jo ideal era la parella maltractadora. Els autors van suggerir que veure's a si mateixes totalment contraposades a les seves parelles podia permetre sostenir un relatiu bon autoconcepte. Tanmateix, en aquest treball inicial no s'especificava si hi havia cap relació entre diferents índexs proporcionats per la TG, no indagava la presència de conflictes cognitius (dilemes implicatius), ni si aquests índexs o conflictes mostraven cap relació amb el nivell de malestar o simptomatologia.

Altres estudis han incidit en aquests aspectes (Cirici et al., 2008; Cirici, Soldevilla, Ayats, & Martín, 2007; García-Martínez, Orellana-Ramírez, & Guerrero-Gómez, 2012). Cirici et al. (2007) van analitzar les graelles de 36 dones VVP usuàries d'un Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA). En aquesta anàlisi es van comparar els resultats en funció de l'estat civil de les participants, centrant-se en uns elements i constructes específics, comuns a totes elles. No es van apreciar diferències entre ambdós grups. Dones casades i separades mostraven construccions semblants dels elements "Jo" i "Jo ideal", així com valors similars relatius a l'autoconcepte (essent aquest lleugerament positiu), al nivell de diferenciació (mostrant una tendència envers el pensament unidimensional) i al nombre de dilemes implicatius. En relació a la parella maltractadora, ambdues mostres en tenien una construcció negativa. En relació al sogre i a la sogra, en les dones de l'estudi predominava, respectivament, la visió d'ells com a maltractadors (68% dels

casos) i d'elles com a víctimes (62%).

Aplicant la TG i el SCL-90-R a una mostra de 24 dones, García-Martínez, Orellana-Ramírez i Guerrero-Gómez (2012) van explorar la relació entre l'estructura cognitiva i la gravetat de la simptomatologia en les dones maltractades, observant una associació inversa entre complexitat cognitiva i severitat de la simptomatologia, així com entre complexitat cognitiva i la presència de dilemes implicatius. A més, les dones amb major nombre de dilemes implicatius també van mostrar puntuacions més altes en les dimensions d'ideació paranoide i sensibilitat interpersonal del SCL-90-R. Els autors suggerien que les dones amb més dilemes tindrien com a conseqüència més dificultats per interpretar les relacions. Per tant, en aquesta recerca quedava palesa la relació entre complexitat cognitiva, presència de dilemes implicatius i simptomatologia clínica.

En una anàlisi anterior, Guerrero-Gómez, Garcia-Martínez, & Orellana-Ramírez (2009) havien analitzat el contingut dels constructes de les mateixes participants utilitzant el Sistema de Classificació de Constructes Personals (CSPC). El CSPC (Feixas, Geldschläger, & Neimeyer, 2002), descriu una taxonomia constituïda per sis tipus de constructes (i 45 subcategories) d'acord amb el seu contingut: moral (p. ex. *“bona persona”* vs. *“mala persona”*), emocional (p. ex. *“visceral”* vs. *“racional”*), relacional (p. ex. *“extravertida”* vs. *“introvertida”*), personal (p. ex. *“fort”* vs. *“feble”*), intel·lectual/operacional (p. ex. *“intel·ligent”* vs. *“ximple”*) o valors/interessos (p. ex. *“de dretes”* vs. *“d'esquerres”*). Aplicant aquesta metodologia, els autors van trobar que les dones amb major severitat simptomàtica utilitzaven predominantment constructes de tipus emocional, relacional i moral, concloent que aquests resultats podien reflectir la problemàtica emocional i relacional de les participants, així com una adherència a principis morals rígids.

Els estudis descrits anteriorment analitzaven els sistemes de constructes de dones VVP, tenint en compte els diferents índexs obtinguts a

partir de les graelles administrades. No obstant això, aquests estudis es basaven exclusivament en l'anàlisi de graelles de dones maltractades, sense incloure dones que no haguessin patit violència i limitant així la generalització de conclusions específicament i exclusiva al col·lectiu de víctimes en contrast a dones no maltractades.

En un estudi previ (Soldevilla et al., 2014), l'autor d'aquesta tesi va comparar, mitjançant la TG, els sistemes de constructes d'un grup de dones que patien o havien patit VP i les d'un mostra de dones de característiques demogràficament similars. En aquest estudi es van incloure índexs obtinguts a partir de l'anàlisi informàtica de les graelles administrades, i una mesura global de simptomatologia clínica. No ens consta que existeixi cap altra publicació en la que s'hagi realitzat una anàlisi similar. Els resultats van indicar que ambdós grups mostraven diferències significatives a nivell de simptomatologia i en algunes característiques de l'estructura cognitiva. Efectivament, les dones VVP presentaven una major tendència envers l'extremisme en les seves percepcions interpersonals i un pensament unidimensional, poc diferenciat. A més, aquestes dones tenien de mitjana un major nombre de conflictes cognitius, triplicant pràcticament la quantitat de dilemes implicatius de les del grup de comparació. D'altra banda, no es van detectar diferències entre grups en la construcció del Jo i el Jo ideal (que pot ser utilitzat com un indicador del nivell d'autoestima), assenyalant que les participants mostraven de mitjana una visió congruent entre com es veien a si mateixes i com voldrien veure's. Amb tot, la mostra de dones sense violència d'aquesta recerca havia estat extreta de la base de dades del Projecte Multicèntric Dilema (Feixas & Saúl, 2004), i no es disposava d'informació sobre si aquestes havien tingut parella o havien estat mai maltractades per les seves parelles. Tot i que el seu nivell de simptomatologia era clarament menor (adequant-se a valors de mostres no clíniques), les conclusions havien de ser preses amb cautela. D'altra banda, les dones víctimes de violència procedien d'un CSMA, per la qual cosa era

d'esperar que mostressin nivells de simptomatologia equivalents a poblacions clíniques. Per aquest motiu, els autors van decidir conduir una segona recerca que és la que es presenta en aquesta tesi doctoral. Aquesta incorporaria una nova mostra de dones VVP constituïda per dones procedents no només de serveis de salut mental sinó també d'altres centres, a més d'un grup de comparació format per una mostra de dones sense violència procedents de la comunitat. A més d'emprar el SCL-90-R i la TG, es van incloure proves específiques sobre violència de parella per diferenciar adequadament els dos grups i mesurar l'efecte d'aquesta violència, així com una escala d'autoestima que permetés analitzar amb major profunditat aquesta dimensió, d'acord amb la literatura existent.

3. MÈTODE

3.1. Objectiu general

L'objectiu principal d'aquesta recerca va ser estudiar els processos cognitius de dones que pateixen –o han patit– violència per part de les seves parelles, explorant els seus sistemes de constructes.

3.2. Objectius específics

En aquesta recerca es van plantejar diversos objectius més específics.

1. Explorar la relació entre la violència i diverses mesures clíniques, entre les que s'inclouen simptomatologia, autoestima i característiques de l'estructura cognitiva.
2. Analitzar el grau de malestar psicològic i psicossomàtic, donat que la literatura indica que les dones VVP mostren un pitjor nivell de salut mental.
3. Explorar simptomatologia psicopatològica específica per veure si hi ha un perfil clínic que caracteritzi les dones VVP.
4. Explorar el nivell d'autoestima en el grup de dones VVP, ja que la literatura aporta resultats contradictoris sobre com és aquesta.
5. Comprovar si diverses mesures d'autoestima convergien entre elles.

3.3. Hipòtesis

Les hipòtesis de treball d'aquesta recerca van ser les següents:

- a) Hipòtesi 1. S'espera que el nivell de símptomes psicopatològics serà superior en les dones VVP.
- b) Hipòtesi 2. S'espera que el nivell d'autoestima serà menor en les dones VVP.
- c) Hipòtesi 3. S'espera que una estructura cognitiva caracteritzada

pel grau d'extremisme en les puntuacions, el pensament unidimensional i els dilemes implicatius permetrà discriminar entre dones VVP i sense violència.

3.4. Participants

A partir dels valors obtinguts en un estudi exploratori previ (Soldevilla et al., 2014) es va determinar una grandària mostral total mínima de 60 subjectes per a realitzar anàlisis multivariants per obtenir una grandària mitjana de l'efecte ($f^2 = 0,35$) i de 26 subjectes per grup per conduir proves de comparació de mitjana amb la finalitat d'obtenir una grandària gran de l'efecte ($d = 0,80$), tot plegat amb un nivell de confiança del 95% ($\alpha = 0,05$) i un poder estadístic del 80% ($\beta = 0,20$). Donat l'elevat nombre de variables considerat en l'estudi, es va superar amb escreix la grandària de la mostra que s'havia estimat per tal de garantir la robustesa de les anàlisis estadístiques emprades.

El criteri bàsic d'inclusió definit per al grup de dones VVP va ser haver patit o estar patint violència per part de la seva parella o ex-parella. Els criteris d'exclusió que es van establir consistien en tenir algun tipus de discapacitat sensorial, retard mental o trastorn mental greu (com esquizofrènia o trastorn esquizoafectiu). Donat que en el grup de violència totes les dones mantenien o havien mantingut relacions heterosexuales, el criteri d'inclusió en el grup de comparació fou el de tenir o haver tingut una parella de gènere masculí. Els criteris d'exclusió van ser els mateixos, amb l'addicional de no haver experimentat relacions de parella violentes (puntuar per sobre del punt de tall en els qüestionaris específics de detecció de violència de parella).

La mostra total de l'estudi va estar integrada per 100 dones, de les quals 55 reconeixien patir, o haver patit, algun tipus de maltractament per part de la seva parella. El 67,27% d'elles ($n = 37$) eren pacients del Centre de Salut Mental per a Adults (CSMA) de Sant Cugat, pertanyent a l'Hospital

Universitari Mútua de Terrassa, mentre que el 32,73% restant (n = 18) procedien d'associacions i centres d'atenció psicològica a dones víctimes de violència de parella (VVP), com Dones Juristes, Creu Roja Barcelona Nord, Troba't, No estàs sola, Acción contra la violencia doméstica de Nou Barris, Exil o Laris ABD. Es va tenir una retenció, pràcticament, del 95%.

Les 45 dones que van constituir el grup de comparació es van reclutar en l'àrea geogràfica del Maresme, essent dones que es van oferir voluntàries després d'anunciar la recerca en diversos mitjans i convocant a les interessades a una sessió informativa en la que s'explicava els objectius de la investigació i el procediment d'obtenció de dades. S'hi van interessar 53 persones, però finalment es va poder contactar i entrevistar a 49 d'elles. En aquest col·lectiu es va explorar l'absència de maltractament en les seves relacions de parella, i per aquest motiu es van acabar descartant quatre participants. En aquest grup la retenció va ser, pràcticament, del 85%.

3.5. Instruments i mesures

En els dos grups es van administrar els mateixos instruments (veure annex). Aquests estaven constituïts fonamentalment per un qüestionari sociodemogràfic i de violència, dos ítems de l'escala de violència abreujada *Women Abuse Screening Test* (WAST), el qüestionari sobre violència *Index of Spouse Abuse* (ISA), el qüestionari clínic *Symptom Checklist Revised* (SCL-90-R), la *Rosenberg Self-esteem Scale* (RSES) i la Tècnica de la Graella Interpersonal (TG).

El qüestionari sociodemogràfic (veure annex) incloïa ítems relatius a l'edat, l'estat civil, el nivell d'estudis, el país d'origen, el número de fills/es, l'estatus laboral, i també preguntes específiques sobre violència, com la tipologia d'accions violentes que es podien haver patit (física, psicològica, sexual, social, econòmica, ambiental), si s'havia denunciat o no la parella en alguna ocasió, i si s'havia arribat a posar ordre d'allunyament.

El WAST (Brown, Lent, Brett, Sas, & Pederson, 1996; Fogarty & Brown, 2002) és una escala de set ítems desenvolupada per ser aplicada en

l'àmbit de l'atenció primària per explorar la presència de violència de parella. Avalua el grau de tensió en la relació i les dificultats que s'hi donen. Està traduïda al castellà i validada. Posteriorment se'n va desenvolupar una versió abreujada de dos ítems (Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez, & Hernández-Torres, 2008), que és la que va ser utilitzada en el present estudi. Puntuacions equivalents a 0 indicarien absència de tensió mentre que puntuacions igual a 1 o superiors serien indicadores de tensió en la relació. Aquesta escala mostra adequades propietats psicomètriques, tot i que presenta una baixa especificitat, i s'utilitza com a instrument de cribratge. El WAST va mostrar una alta fiabilitat en aquest estudi ($\alpha = 0,90$).

L'ISA (Hudson & McIntosh, 1981) és un qüestionari de 30 ítems que mesura la magnitud del maltractament. Comprèn dues subescales, una de violència física i una de no física –que inclouria principalment l'abús psicològic i la violència de control. Ha estat considerat un qüestionari de diagnòstic d'abús de referència per alguns autors (Sohal, Eldridge, & Feder, 2007), amb el qual s'han contrastat d'altres de posterior elaboració. Ha estat traduït i adaptat al castellà (Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez, Escribà-Agüir, Jiménez-Martín, & Hernández-Torres, 2009), gaudint d'una bona consistència interna i validesa de constructe. Els punts de tall (puntuacions directes) definits per a cada subescala serien 6 per a l'escala de violència física i 14 per a la no física (Juncal Plazaola-Castaño et al., 2009). Aquesta prova va obtenir una alta fiabilitat en la nostra mostra ($\alpha = 0,98$).

El SCL-90-R (Derogatis, 1994) és un qüestionari de 90 ítems que explora simptomatologia pertanyent a nou dimensions o subescales: somatització, obsessió-compulsió, sensibilitat interpersonal, depressió, ansietat, hostilitat, ansietat fòbica, ideació paranoide i psicoticisme. Addicionalment, consta de diverses escales globals: Índex General de Severitat (IGS), Índex de Distrés de Síntomes Positius (PSDI) i Total de Síntomes Positius (PST). Ha estat àmpliament utilitzat tant en l'àmbit clínic com en la recerca. Ha estat adaptat al castellà (González de Rivera et

al., 1989; González de Rivera, de las Cuevas, Rodríguez, & Rodríguez, 2002) amb bones propietats psicomètriques. En aquest estudi s'ha prioritzat l'ús de l'IGS, malgrat que es comentaran alguns resultats obtinguts en relació a les 9 subescales. Aquest qüestionari va obtenir una alta fiabilitat en la nostra recerca ($\alpha=0,99$).

La RSES (Rosenberg, 1965) és una escala composta per 10 ítems que proporciona una mesura d'autoestima global. És l'escala d'avaluació de l'autoestima més utilitzada. Ha estat traduïda al castellà (Martín-Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo, 2007; Morejón, García-Bóveda, & Jiménez, 2004) amb adequades propietats psicomètriques. Aquesta escala va mostrar també una elevada fiabilitat en aquesta recerca ($\alpha=0,87$). Alguns autors (Tafarodi & Swann, 2001; Tafarodi & Swann, 1995) han proposat que aquesta escala que mesura l'autoestima entenent-la com un concepte unidimensional es pot descomposar en dos factors: autoeficàcia (*self-competence*) i autoaprovació (*self-liking*). En aquesta recerca, la fiabilitat del primer factor ha mostrat ser adequada ($\alpha = 0,71$). En relació al segon, ha estat alta ($\alpha = 0,93$). Puntuacions altes en el qüestionari equivaldrien a un major nivell d'autoestima. No hi ha un acord generalitzat sobre si hi ha punts de tall estàndard entre diversos nivells d'autoestima. Alguns estudis han indicat que sí n'hi ha, sense aconseguir que hi hagi un consens. Per exemple, en població adolescent s'ha suggerit que valors inferiors a 25 assenyalen una baixa autoestima (Isomaa, Väänänen, Fröjd, Kaltiala-Heino, & Marttunen, 2013), mentre que altres han suggerit que el punt de tall es situaria en la puntuació 15 ("Rehab Measures: Rosenberg Self-Esteem Scale," 2014, recuperat de <http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/DispForm.aspx?ID=1223>) o 29 (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa, & Corral, 2007; Ward, 1977). Plazaola-Castaño et al. (2009) assenyalen que puntuacions igual o inferiors a 25 indicarien una baixa autoestima, entre 26 i 29 una autoestima moderada i superiors a 29 una alta autoestima.

La Tècnica de la Graella Interpersonal (TG) és un instrument

d'avaluació que s'emmarca dins de l'enfocament de la TCP. Va ser creada per George Kelly (1955) amb el nom originari de *Role Construct Repertory Test*. Consisteix en una entrevista semiestructurada mitjançant la qual s'obtenen alguns dels constructes o atributs més significatius o més emprats per la persona entrevistada. Per tant, es tracta d'un procediment per avaluar l'individu des d'una perspectiva idiogràfica, centrada en la persona, més que no pas en els constructes teòrics de l'investigador, malgrat puguin estar recolzats empíricament d'acord amb una perspectiva nomotètica (Feixas & Villegas, 2000). Diverses revisions bibliomètriques (Neimeyer, Baker, & Neimeyer, 1990; Ortega, 2007; Saúl et al., 2012) posen de manifest l'ús extens de la TG en diferents àmbits, i de manera destacada en recerca i clínica. En aquest sentit, l'aplicació de la TG pot beneficiar tant als/a les pacients/consultants, en la mesura que realitzen un exercici metacognitiu reflexionant sobre el seu sistema de construcció de significats i de relacions interpersonals, com als/a les professionals, utilitzant la TG com a eina d'avaluació i de formulació d'hipòtesis clíniques (Feixas, de la Fuente, & Soldevilla, 2003).

Hi ha diversos procediments per administrar la TG. En aquest estudi es va utilitzar el procediment d'obtenció de constructes mitjançant díades. Aquest procediment inclou diverses etapes:

1. *Elicitació d'elements*. En una primera fase de l'entrevista, es va demanar a cada participant que identifiqués les persones més significatives de la seva vida (a partir d'ara anomenades elements). Addicionalment, es van afegir els elements "jo", "jo ideal" (que representa la manera com la participant voldria arribar a ser), la "persona no grata" (que en aquesta recerca representaria la manera com la participant en cap cas voldria arribar a ser), i si la participant no les esmentava, la "parella" (sobretot aquella que va exercir algun tipus de violència en el cas del grup de dones víctimes de violència) i els sogres. El motiu

d'introduir aquests elements era poder aprofundir en la construcció que d'ells se'n feia, així com explorar la noció de transmissió intergeneracional de la violència, des de la perspectiva de la víctima.

2. *Elicitació de constructes.* A continuació, es van realitzar comparacions entre parelles d'elements preguntant per les semblances i/o les diferències entre els elements seleccionats, obtenint un o més atributs (p. ex., "*simpàtic*"), així com la denominació del seu pol oposat (p. ex., "*antipàtic*"). Aquest procés finalitzava quan no s'anomenaven més característiques o bé es repetien les mateixes. Els atributs –els constructes– i els elements eren organitzats en un quadre de doble entrada o graella (veure annex). Addicionalment, es van afegir els constructes "*víctima vs. maltractador*", "*tranquil vs. agressiu*", "*dependent vs. independent*" i "*sacrificat vs. pensa en si mateix*". La finalitat d'introduir aquests constructes responia a poder indagar algunes construccions socials sobre víctimes i agressors, així com explorar si aquests constructes podien generar conflicte (en termes de constructes dilemàtics o dilemes implicatius) en el sistema de constructes de les participants. Altres estudis han incorporat constructes externs a la persona avaluada en contextos específics (Winter et al., 2007).
3. *Qualificació d'elements.* Finalment, es va procedir a puntuar cada element en cada constructe mitjançant una escala Likert de set valors, cadascun dels quals denotava el grau d'associació entre l'element i el constructe particular. Per exemple, en el cas del constructe "*simpàtic vs. antipàtic*": 1 ("molt" simpàtic), 2 ("bastant" simpàtic), 3 ("una mica" simpàtic), 4 (valor central o neutre), 5 ("una mica" antipàtic), 6 ("bastant" antipàtic) i 7 ("molt" antipàtic).

La graella de cada participant va ser posteriorment traspassada

informàticament i analitzada amb el programa d'anàlisi de graelles RECORD v.4.0. Aquest programa permet obtenir diversos índexs cognitius i representacions gràfiques del sistema de constructes –explicitats– de cada individu (Feixas & Cornejo, 1996, 2002). En particular, els índexs inclosos en aquesta recerca van ser:

- a) *Discrepància Jo-Ideal*. Hi ha dos procediments per obtenir aquesta mesura. Un d'ells és la correlació de Pearson entre les puntuacions de l'element "Jo" i les del "Jo ideal" en els diferents constructes. En concret, les correlacions baixes o negatives i elevades (indicatives d'una alta discrepància "jo real" - "jo ideal") podrien interpretar-se com una mesura d'autoavaluació negativa o de baixa autoestima (Feixas & Cornejo, 2002; Feixas, Montebruno, Dada, del Castillo, & Compañ, 2010; Leach, Freshwater, Aldridge, & Sunderland, 2001; Watson & Watts, 2001). Per operar amb aquesta correlació es pot realitzar la transformació Z de Fisher.
- b) *Polarització*. Es refereix a la mesura global del percentatge de classificacions extremes (1 o 7 en l'escala de 7 punts utilitzada) en tota la matriu de dades de la graella. Els alts nivells d'extremisme s'han associat amb interpretacions polaritzades, un estil cognitiu basat en un pensament dicotòmic i rígid, de tot o res (Feixas et al., 2010).
- c) *Diferenciació cognitiva*. Aquest índex es mesura mitjançant el Percentatge de Variància Explicada pel Primer Factor (PVEPF), una mesura que resulta de l'anàlisi de correspondències (una varietat d'anàlisi multivariant) de la matriu de dades de la graella. Indica el percentatge amb el qual el marc de significats expressat en la graella es pot reduir a una única dimensió predominant, o, en altres paraules, el grau en què la persona percep el món interpersonal d'una manera unidimensional (alt PVEPF) o multidimensional (baix PVEPF). El PVEPF ha estat considerat una

mesura de diferenciació cognitiva, entesa com la capacitat per utilitzar diverses dimensions de significat (el que implicaria utilitzar una major quantitat de constructes) i apreciar més matisos en els processos de construcció (Kovářová & Filip, 2015); en aquest sentit, altes puntuacions indicarien una baixa diferenciació (és a dir, ús predominant d'una única dimensió de significats) i escassa complexitat cognitiva. Per tant, alts valors en aquesta variable i en polarització han estat associats a rigidesa cognitiva (Soldevilla et al., 2014).

- d) *Percentatge de Dilemes Implicatius (PDI)*. Un dilema implicatiu (DI) és un conflicte cognitiu que es produeix entre dos tipus de constructes relacionats entre ells. Posem per cas l'exemple extret d'una participant víctima de violència (Figura 1). En un DI hi ha involucrat, d'una banda, almenys un **constructe congruent**, en el que el "Jo" i el "Jo ideal" estan ubicats en el mateix pol (en l'exemple, "dialogant"), indicant que tots dos elements convergeixen i que, per tant, no hi ha necessitat d'un canvi en el posicionament d'aquests elements en el constructe. D'altra banda, hi ha almenys un **constructe discrepant**, en el que el "Jo" s'ubica en un pol (en l'exemple, "que aguanta") que és oposat a on es situa el "Jo ideal" (en l'exemple, "que explota"), suggerint un desig de canviar en aquesta construcció de si mateixa. Quan el pol congruent i el pol on es situa el "Jo" del constructe discrepant correlacionen (com a criteri es considera un llindar de $r > 0,35$ corresponent a una grandària mitjana de l'efecte) es produeix un conflicte; és a dir, l'assoliment de l'objectiu d'avançar cap al pol del constructe discrepant on està situat el "Jo ideal" (en l'exemple, "que explota") implica renunciar a un aspecte congruent de la pròpia identitat (en l'exemple, ser "dialogant") pel seu contrari (en l'exemple, ser "egocèntric"), que és el que estaria associat per

implicació –i de manera no desitjada– amb el canvi.

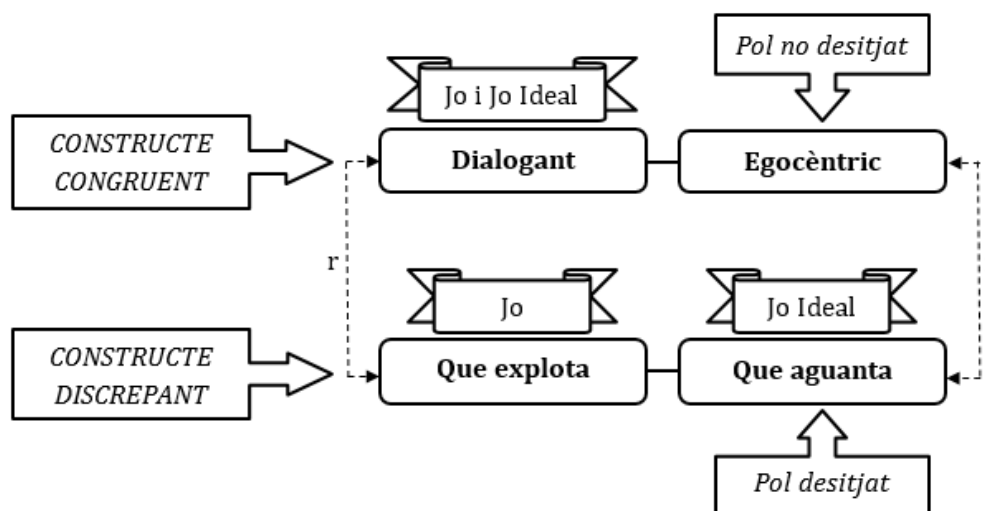


Figura 1. Exemple de Dilema Implicatiu d'una de les dones víctima de violència de parella inclosa en l'estudi.

La quantitat de DIs en una graella determinada es pot mesurar tant pel seu número global com per la seva proporció respecte al nombre possible de DIs d'acord amb els constructes de cada graella (Feixas, Saúl, & Ávila-Espada, 2009). Donat que a mesura que incrementa la grandària de la graella també augmenta la quantitat de dilemes possibles, s'ha optat per utilitzar el PDI, que té en compte aquesta grandària (Feixas & Saúl, 2004). La fórmula per a calcular el PDI és la següent:

$$\text{PDI} = \frac{\text{DI}}{(n! / 2[(n-2)!])} \times 100$$

On "DI" es refereix al número de dilemes i "n" al número de constructes presents en la graella.

3.6. Procediment

El reclutament de les participants es va dur a terme després de presentar el projecte de recerca als comitès d'ètica corresponents dels diferents centres, i que aquest fos acceptat. Es van signar convenis de col·laboració entre les

diferents entitats i la Universitat de Barcelona.

Aquesta recerca té un disseny quasi-experimental amb un grup clínic i un grup de comparació extret de la comunitat. Les participants van ser seleccionades d'acord a un mostreig no probabilístic de conveniència. Totes elles van ser informades de les característiques de l'estudi, verbalment i per escrit. Totes van signar un full de consentiment informat donant la seva conformitat a participar i facilitar informació personal.

En el cas de les dones ateses per ser víctimes de violència es va procedir a parlar en primer lloc amb les psicòlogues i els psicòlegs que les atenien per valorar la idoneïtat d'aquelles pacients/usuàries amb qui contactar. En la majoria de casos, van ser els/les mateixos/es professionals que oferien aquesta atenció directa qui van proposar a les candidates la possibilitat de participar en l'estudi. Una vegada aquestes van accedir, els/les psicòlogues que realitzarien l'avaluació les trucaven per concertar la data de la primera entrevista. L'avaluació es duia a terme habitualment en dues sessions. La primera sessió incloïa la signatura del full de consentiment informat, l'administració de diversos qüestionaris i la primera part de la TG; la segona sessió es dedicava íntegrament a finalitzar la TG.

Per tal de garantir el seguiment dels estàndards ètics, en aquest grup en particular es va posar èmfasi en:

- assegurar la privacitat i confidencialitat en el procés de recollida de dades i en el seu tractament,
- realitzar un esforç per reduir la re-victimització en les entrevistes a partir de:
 - implicar professionals dels centres on es reclutarien les participants,
 - advertir prèviament a l'inici de l'exploració de la possibilitat que s'activés simptomatologia associada al record de les experiències de violència,
 - mostrar una actitud respectuosa i empàtica en tot moment,

- promoure que la persona que realitzés les avaluacions fos una dona (malgrat que no va ser possible en tots els casos),
- oferir la possibilitat de deixar de participar en l'estudi en qualsevol moment sense que això anés en detriment de l'atenció que es rebria des de l'entitat o centre.

En el cas de les participants procedents de l'àmbit comunitari, i sense violència de parella, es va realitzar una campanya de difusió de la recerca a través de diversos mitjans (incloent ràdio, diaris d'activitats locals, cartells informatius i de la pàgina web de la Fundació Hospital Sant Jaume i Santa Magdalena), remarcant el caràcter voluntari i anònim de la participació. Les persones interessades a col·laborar havien d'omplir un formulari web, i posteriorment se les contactava per acabar d'informar-les i aclarir els possibles dubtes suscitats, i concertar a continuació la data de l'entrevista. Usualment el procés de valoració (incloent signatura de full de consentiment informat i administració dels diferents qüestionaris) es realitzava en una sessió de dues hores, malgrat que en alguns casos van ser necessàries dues sessions. D'altra banda, si no hi havia hagut temps suficient per omplir els diversos qüestionaris, s'oferia la possibilitat de completar-lo a casa i entregar-lo posteriorment.

Amb tot, al llarg del procés d'avaluació es van perdre tres participants en el grup de dones VVP, és a dir, que van iniciar el procés d'avaluació però el van deixar inacabat. Es va intentar contactar amb elles, però no va ser possible, així com tampoc va ser-ho saber-ne el motiu ni concertar una nova sessió.

La puntuació obtinguda en els qüestionaris sobre violència va servir per garantir que en el grup comunitari no hi hagués participants que patissin violència. Es va haver de descartar quatre participants que van mostrar indicadors d'haver mantingut una relació violenta amb la seva parella. Se les va trucar i se'ls va oferir la possibilitat de ser adreçades a un centre d'atenció a la dona. D'altra banda, en ambdós grups algunes

participants van completar els qüestionaris de manera irregular, de manera que alguns camps no es van respondre; en el cas de les dones VVP, la majoria d'aquestes dades es van poder recollir a partir de la història clínica o l'anamnesi, mentre que en el grup de comparació això no va ser possible. Igualment, en els dos grups i sobretot en el de dones sense violència, alguns qüestionaris no es van arribar a recollir mai, malgrat trucar a les participants en qüestió (dos en el grup de dones VVP i quatre en el de comparació).

3.7. Anàlisis estadístiques

Les graelles van ser analitzades mitjançant el programari d'anàlisi de graelles RECORD v.5.0. Aquestes i altres dades recollides van ser tractades estadísticament amb el programari *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) v.15. A més de la significació estadística, en la interpretació de les anàlisis estadístiques es va tenir en compte la grandària de l'efecte d'acord amb els criteris especificats per Cohen (1988).

En primer lloc, es van comparar les mostres de dones VVP mitjançant les proves U de Mann-Whitney (per variables contínues) i Khi-quadrat (per variables discretes) per comprovar si es tractava d'un grup homogeni. En segon lloc, es va comparar el grup de dones VVP amb el grup de dones sense violència de parella (SVP) en relació a variables sociodemogràfiques i clíniques mitjançant les proves T de Student (per variables contínues) i Khi-quadrat (per variables discretes). Aquesta anàlisi era especialment rellevant donat que el grup de dones SVP era un grup de comparació. Es va assumir un valor alfa inicial de 0,05 tot i que posteriorment es va aplicar la correcció de Bonferroni a cada prova estadística.

En tercer lloc, es va realitzar una anàlisi correlacional (paramètrica per a les contínues i no paramètrica per a les discretes) entre les mesures clíniques, diferenciada pel grup de pertinença.

Per tal d'evitar inflar l'índex d'errors i provocar un error de Tipus I (és a dir, rebutjar la hipòtesi nul·la quan aquesta seria verdadera en la població)

Mètode

trobant diferències significatives com a resultat de realitzar diverses anàlisis amb les mateixes dades, i considerant les variables de la TG en conjunt com a indicadores de l'estructura cognitiva, es va realitzar una Anàlisi Multivariant de la Variància (MANOVA). Aquesta anàlisi és adequada perquè té una major potència per detectar diferències atenent a una combinació de variables que estan o poden estar relacionades entre elles, com indiquen diversos estudis sobre els índexs obtinguts a partir de l'anàlisi informàtica de la TG (Hardison & Neimeyer, 2011; Trujillo, 2016). Precisament a causa de la correlació entre aquestes mesures és recomanable complementar la MANOVA amb una regressió logística. Aquesta anàlisi permet veure quins índexs de la TG caracteritzarien en major grau les dones VVP.

4. RESULTATS

4.1. Descripció de les participants

En la Taula 1 es descriuen les principals característiques sociodemogràfiques de les participants, segmentades per mostra. Globalment, l'edat mitjana de les participants va ser de 45,99 anys (amb una DT = 12,23). El 41,49% (n = 39) mantenia la relació amb la seva parella en el moment de l'avaluació mentre que el 54,25% (n = 51) estava separada o divorciada d'ella –val a dir que el percentatge de dones separades o divorciades era superior en les dones víctimes de violència. En el cas de les darreres, els anys de relació es situaven de mitjana al voltant dels 16 anys (amb una DT aproximada de 10 anys), havent conviscut entre 1 i 14 anys. El 80,22% de la mostra (n = 73) tenia fills. El nivell d'estudis incloïa estudis primaris (6,59%; n = 6), secundaris (17,58%; n = 16), FP o mòduls formatius (8,79%; n = 8), universitaris (30,77%; n = 28) o de màster o postgrau (32,97%; n = 30).

D'acord amb la literatura existent, en el qüestionari sociodemogràfic es va preguntar per la presència de sis tipus de violència: física, psicològica, sexual, social o de control, econòmica i ambiental (Taula 2). Al voltant d'un 29% de les dones VVP no van informar sobre el tipus de violència soferta. La violència predominant era de tipus psicològic, donat que apareixia en la totalitat de la mostra. En segon lloc, els tipus de violències majoritàries van ser la física, la social i l'ambiental, totes elles amb una incidència del 58% (n = 32), seguides de la violència econòmica (50,91%; n = 28) i la sexual (34,55%; n = 19).

4.2. Característiques sociodemogràfiques dels grups de dones víctimes de violència (VVP)

Amb la intenció de comprovar si les dues submostres de dones VVP podrien ser considerades com un mateix grup, es va analitzar variables sociodemogràfiques i variables clíniques. Una anàlisi no paramètrica inicial

Taula 1

Distribució de les variables sociodemogràfiques en les mostres i submostres de l'estudi

Variable	CSMA (n = 37)	Altres centres (n = 18)	Total VVP (n = 55)	SVP (n = 45)
Edat				
Mitjana	47,69	42,44	45,94	46,05
Mediana	47,00	40,00	44,50	47,00
DT	13,36	8,57	12,15	12,61
Rang	(21-72)	(26-61)	(21-72)	(18-67)
Estat civil				
Casada/en parella	17	4	21	18
Separada/divorciada	19	14	33	18
Vídua	0	0	0	4
NS/NC	1	0	1	5
País d'origen				
Espanya	34	13	47	37
Resta d'Europa	2	2	4	0
Llatinoamèrica	0	1	1	3
Altres països	0	2	2	0
NS/NC	1	0	1	5
Nivell d'estudis				
Primaris	6	0	6	0
Secundaris	5	6	11	5
FP/Mòdul formatiu	4	0	4	4
Universitaris	8	9	17	11
Postgrau	10	3	13	17
Altres	0	0	0	3
NS/NC	4	0	4	5
Número de fills				
Mitjana	1,79	2,00	1,86	1,58
Mediana	2,00	2,00	2,00	2,00
DT	1,14	1,00	1,09	0,90
Rang	(0-5)	(0-4)	(0-5)	(0-3)
0	4	1	5	5
1	9	4	13	8
2	13	7	20	16
3	5	4	9	4
4	1	1	2	0
5	1	0	1	0
NS/NC	4	1	5	12

(continua)

Taula 1 (continuació)

Variable	CSMA (n = 37)	Altres centres (n = 18)	Total VVP (n = 55)	SVP (n = 45)
Fills				
Sí	29	16	45	28
No	4	1	5	5
NS/NC	4	1	5	12
Anys de relació				
Mitjana	19,30	18,01	18,86	15,09
Mediana	14,00	16,00	14,50	13,29
DT	16,47	10,63	14,65	11,23
Rang	(0,83-56)	(1,50-40)	(0,83-56)	(0,58-46)
0-5	7	2	9	9
6-10	6	3	9	4
11-15	5	3	8	9
16-20	4	3	7	4
21-25	1	3	4	6
26-30	3	0	3	1
31-35	0	2	2	1
36-40	2	1	3	2
41-45	2	0	2	0
46-50	1	0	1	1
51-55	1	0	1	0
56-60	1	0	1	0
NS/NC	4	1	5	9
Anys de cohabitació				
Mitjana	17,57	15,28	16,78	15,54
Mediana	12,75	14,00	13,00	13,50
DT	15,69	10,65	14,07	9,88
Rang	(0-50)	(1-38)	(0-50)	(0-39)
0-5	9	3	12	4
6-10	5	2	7	4
11-15	4	7	11	10
16-20	3	1	4	4
21-25	2	1	3	5
26-30	2	1	3	1
31-35	1	1	2	1
36-40	2	1	3	1
41-45	2	0	2	0
46-50	2	0	2	0
NS/NC	5	1	6	17

(continua)

Taula 1 (continuació)

Variable	CSMA (n = 37)	Altres centres (n = 18)	Total VVP (n = 55)	SVP (n = 45)
Cohabitació				
Sí	28	17	45	22
No	5	1	6	17
NS/NC	4	0	4	6

Nota. CSMA = Centre de Salut Mental per Adults; VVP = Víctimes de Violència de Parella; SVP = Sense Violència de Parella.

amb correcció de Bonferroni no va trobar diferències significatives entre les dues submostres de dones que integren el grup de dones VVP (Taulas 3 i 4). Efectivament, dones procedents de CSMA i d'altres centres tenien valors similars en relació a l'edat, l'estat civil, el fet de tenir fills/es, el nombre de fills/es, els anys que van conviure amb la parella i els anys de relació.

Tanmateix, es va observar un efecte mitjà tant del país d'origen, amb Espanya com a gairebé únic país de procedència de les dones del CSMA, com del nivell d'estudis, amb més dones amb baix nivell educatiu i també amb més estudis de postgrau en el grup del CSMA. D'altra banda, en relació a les variables clíniques, no es van apreciar diferències en les puntuacions del WAST, l'escala no física de l'ISA, i l'IGS del SCL-90-R. Van trobar-se diferències en l'escala de violència física de l'ISA, essent aquesta mesura superior en el grup de dones procedents de diversos centres d'atenció a la dona, amb una grandària mitjana de l'efecte, així com en la RSES, mostrant un valor superior en les dones procedents de diversos centres, amb una grandària petita de l'efecte. No obstant, en aplicar la correcció de Bonferroni la significació desapareixia. Pel que fa a la TG, ambdós grups van elicitar una quantitat similar de constructes i van obtenir valors semblants en tots els índexs.

Taula 2

Presència dels diferents tipus de violència en les dones VVP

Tipus de violència	CSMA (n = 37)	Altres (n = 18)	Total VVP (n = 55)
Física			
Sí	21	11	32
No	6	1	7
NS/NC	10	6	16
Psicològica			
Sí	27	12	39
No	0	0	0
NS/NC	10	6	16
Sexual			
Sí	11	8	19
No	16	4	20
NS/NC	10	6	16
Social/de control			
Sí	24	8	32
No	3	4	7
NS/NC	10	6	16
Econòmica			
Sí	19	9	28
No	8	3	11
NS/NC	10	6	16
Ambiental			
Sí	21	11	32
No	6	1	7
NS/NC	10	6	16

Nota. VVP = Víctimes de Violència de Parella; CSMA = Centre de Salut Mental d'Adults.

Taula 3

Comparació de les variables discretes sociodemogràfiques i clíniques en les submostres del grup de dones VVP

Variables	Procedència		χ^2	<i>p</i>	<i>gll</i>	<i>V</i>
	CSMA	Altres centres				
Estat civil			3,27	0,20	1	0,25
Casada/en parella	17	4				
Separada/divorciada	19	14				
NS/NC	1	0				
País d'origen			7,18	0,07	3	0,37
Espanya	34	13				
Resta d'Europa	2	2				
Llatinoamèrica	0	1				
Altres països	0	2				
NS/NC	1	0				
Nivell d'estudis			10,41	0,03	4	0,45
Primaris	6	0				
Secundaris	5	6				
FP/Mòduls formatius	4	0				
Universitaris	8	9				
Postgrau	10	3				
NS/NC	4	0				
Fills/es			0,01	0,92	1	0,02
Sí	29	16				
No	4	1				
NS/NC	4	1				
WAST			2,23	0,33	1	0,25
VP Sí	20	11				
VP No	2	4				
NS/NC	15	3				

Nota. VVP = Víctimes de Violència de Parella; CSMA = Centre de Salut Mental per Adults; *gll* = Graus de llibertat; WAST = *Women Abuse Screening Tool*.

Taula 4

Comparació de les variables contínues sociodemogràfiques i clíniques en les submostres del grup de dones VVP

Variables	Procedència										Z	p	U	r
	CSMA (n = 35)					Altres entitats (n = 16)								
	Md	Rang	Rang mig	Md	Rang	Rang mig	Md	Rang	Rang mig	Md				
Edat	47,00	21,00-72,00	30,13	40,00	26,00-61,00	22,25	229,50	0,08	-1,74	-0,25				
Núm. fills	2,00	0,00-5,00	24,36	2,00	0,00-4,00	27,71	243,00	0,42	-0,80	-0,11				
Anys de relació	14,00	0,83-56,00	25,05	16,00	1,50-40	26,38	265,50	0,76	-0,31	-0,04				
Anys de cohabitació	12,75	0,00-50,00	25,02	14,00	1,00-38,00	24,97	271,50	0,99	-0,01	-0,01				
ISAF	28,22	0,00-71,66	16,22	50,18	2,57-92,89	25,44	97,00	0,01	-2,48	-0,35				
ISAnF	70,86	30,65-99,39	18,57	75,20	44,90-99,05	22,06	151,00	0,35	-0,94	-0,13				
IGS	1,50	0,01-2,96	27,46	1,12	0,28-3,13	22,81	229,00	0,30	-1,04	-0,15				
RSES	26,00	13,00-34,00	23,11	29,00	18,00-38,00	31,07	179,00	0,08	-1,77	-0,25				

Nota. VVP = Víctimes de Violència de Parella; Md = Mediana; CSMA = Centre de Salut Mental d'Adults; ISAF = Escala física de l'Índex of Spouse Abuse; ISAnF = Escala no física de l'Índex of Spouse Abuse; IGS = Índex General de Severitat del qüestionari SCL-90-R; RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale; Z_JI = Discrepància jo-ideal mesurada mitjançant la correlació transformada de Fisher; PVEPF = Percentatge de Variància Explicada pel Primer Factor; PDI = Percentatge de Dilemes Implicatius.

4.3. Característiques sociodemogràfiques del grup de dones VVP i grup de dones SVP

Es va realitzar una comparació mitjançant la prova de khi quadrat per les variables discretes (Taula 5) i mitjançant la prova t de Student per les contínues (Taula 6), aplicant-hi la correcció de Bonferroni. La comparació de variables entre el grup de dones VVP i el grup de dones SVP va posar de manifest la manca de diferències significatives entre grups en relació al país d'origen, l'edat, el número de fills/es, els anys de relació amb la parella i el temps de cohabitació. Sí van aparèixer diferències en altres variables sociodemogràfiques, com el fet de tenir fills/es (major incidència en dones víctimes de violència), el nivell d'estudis (més dones amb baix nivell educatiu i menys amb estudis de postgrau en el grup de víctimes de violència), o l'estat civil (amb més dones separades en el grup de dones víctimes de violència), amb una grandària de l'efecte petita, mitjana i mitjana, respectivament.

4.4. Comparació entre el grup de dones VVP i grup de dones SVP

A nivell de mesures clíniques, es van constatar diferències tant en la RSES com en l'IGS del SCL-90-R (Taula 6), i en totes les dimensions simptomatològiques d'aquest qüestionari (Taula 7). La grandària de l'efecte va ser gran en totes elles.

Les dones VVP van mostrar un pitjor nivell de salut mental. Això es va posar de manifest amb les elevades puntuacions obtingudes a nivell de salut general i en les dimensions de somatització, obsessió-compulsió, sensibilitat interpersonal, depressió, ansietat, hostilitat, ansietat fòbica, ideació paranoide i psicoticisme. D'altra banda, les dones VVP van evidenciar un nivell d'autoestima més gran que les dones del grup sense violència.

Taula 5

Comparació de les variables discretes sociodemogràfiques i clíniques entre grups de dones VVP i SVP

Variables	VVP (n = 55)	SVP (n = 45)	χ^2	<i>p</i>	<i>gll</i>	<i>V</i>
Estat civil			11,32	0,01	2	0,35
Casada/en parella	21	18				
Separada/divorciada	33	18				
Vídua	0	4				
NS/NC	1	5				
País d'origen			6,24	0,10	3	0,26
Espanya	47	37				
Resta d'Europa	4	0				
Llatinoamèrica	1	3				
Altres països	2	0				
NS/NC	1	5				
Nivell d'estudis			11,91	0,04	5	0,36
Primaris	6	0				
Secundaris	11	5				
FP/Mòduls formatius	4	4				
Universitaris	17	11				
Postgrau	13	17				
Altres	0	3				
NS/NC	4	5				
Fills/es			4,70	0,03	1	0,23
Sí	45	28				
No	5	5				
NS/NC	5	1				
WAST			40,52	<0,001	1	0,77
VP Sí	31	2				
VP No	6	29				
NS/NC	18	14				

Nota. VVP = Víctimes de Violència de Parella; SVP = Sense Violència de Parella; CSMA = Centre de Salut Mental per Adults; *gll* = Graus de llibertat; WAST = *Women Abuse Screening Tool*.

Taula 6

Comparació de mitjanes de variables contínues sociodemogràfiques i clíniques entre grups de dones VVP i SVP

Variables	VVP (n = 55)		SVP (n = 45)		t	p	gll	IC (95%)		r ²
	M	DT	M	DT				Inferior	Superior	
Edat	45,94	12,15	46,05	12,61	-0,41	0,97	93	-5,18	4,98	<0,01
Núm. fills/es	1,86	1,09	1,58	0,90	1,24	0,22	81	-0,17	0,74	0,02
Anys de relació	18,86	14,65	15,09	11,23	1,30	0,20	84	-2,02	9,57	0,02
Anys de cohabitació	16,78	14,07	15,54	9,89	0,45	0,65	71,67	-1,78	9,32	<0,01
IGS	1,41	0,76	0,37	0,40	8,33	<0,001	78,91	0,78	1,28	0,47
RSES	25,44	5,93	16,73	4,98	7,34	<0,001	84	6,35	11,07	0,40

Nota. VVP = Víctimes de Violència de Parella; SVP = Sense Violència de Parella; IC = Interval de Confiança; gll = Graus de llibertat; IGS = Índex General de Severitat del qüestionari SCL-90-R; RSES = Rosenberg Self-Esteem Scale.

Taula 7

Comparació de mitjanes de les dimensions del SCL-90-R entre grup de VVP i SVP

Dimensions	VVP (n = 55)		SVP (n = 45)		t	p	gll	IC (95%)		r ²
	M	DT	M	DT				Inferior	Superior	
Somatització	1,58	0,85	0,38	0,46	8,65	< 0,001	80,15	0,92	1,47	0,48
Obsessions i compulsions	1,90	0,98	0,49	0,60	8,49	< 0,001	84,61	1,08	1,74	0,46
Sensibilitat interpersonal	1,31	0,86	0,40	0,53	6,24	< 0,001	84,87	0,62	1,20	0,31
Depressió	1,98	0,93	0,57	0,57	8,92	< 0,001	85,10	1,10	1,79	0,48
Ansietat	1,50	0,89	0,31	0,34	8,73	< 0,001	67,61	0,92	1,47	0,53
Hostilitat	0,80	0,71	0,24	0,39	4,82	< 0,001	81,00	0,33	0,80	0,22
Ansietat fòbica	0,89	0,83	0,08	0,17	6,81	< 0,001	54,90	0,57	1,05	0,46
Ideació paranoide	1,36	0,85	0,35	0,56	6,82	< 0,001	87,03	0,71	1,30	0,35
Psicoticisme	0,94	0,76	0,16	0,27	8,33	< 0,001	78,91	0,79	1,28	0,47

Nota. VVP = Víctimes de Violència de Parella; SVP = Sense Violència de Parella; gll = Graus de llibertat.

Taula 8

Taula de correlacions entre les variables clíniques, segmentada per grup

	WAST ^a	ISAF	ISAnF	IGS	RSES	Z_JI	Polarització	PVEPF	PDI
WAST ^a		(a)	0,25	-0,18	-0,10	0,14	0,06	-0,18	-0,31
ISAF	0,21		(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)
ISAnF	0,30	0,70***		0,22	0,12	-0,06	0,25	-0,14	0,41*
IGS	0,38*	0,11	0,27		0,57***	-0,33*	-0,01	-0,41*	0,03
RSES	-0,06	0,09	0,05	-0,21		-0,18	-0,11	-0,35*	0,03
Z_JI	0,11	0,09	0,08	-0,30*	0,04		-0,15	0,39*	-0,11
Polarització	0,07	0,33*	0,47**	0,13	0,02	-0,10		0,05	0,13
PVEPF	-0,14	0,22	0,12	-0,21	0,21	0,44**	0,18		-0,51***
PDI	-0,07	-0,15	-0,01	0,16	-0,25	-0,22	0,13	0,06	

Nota. En cursiva, valors corresponents al grup de dones sense violència. WAST = *Women Abuse Screening Tool*; ISAF = Escala física de l'*Index of Spouse Abuse*; ISAnF = Escala no física de l'*Index of Spouse Abuse*; IGS = Índex General de Severitat del qüestionari SCL-90-R; RSES = *Rosenberg Self-Esteem Scale*; Z_JI = Discrepància Jo-Ideal mesurada mitjançant la correlació transformada de Fisher; PVEPF = Percentatge de Variància Explicada pel Primer Factor; PDI = Percentatge de Dilemes Implicatius.

^a Coeficient de correlació de Spearman (a) No es pot calcular la correlació perquè el valor de la variable ISAF és constant i igual a 0.

***p < 0,001; **p < 0,01; *p < 0,05.

4.5. Relacions entre les variables

Amb la finalitat d'explorar les possibles relacions entre les variables de violència, psicopatologia, autoestima i variables de la TG, es va realitzar una anàlisi correlacional (Taula 8). Aquesta anàlisi es va segmentar per grups donat que les dones de l'estudi havien estat seleccionades prèviament en funció d'haver patit o no VP, i tenia major interès conèixer les associacions d'aquelles variables en el grup de dones VVP.

En ambdós grups es va mostrar una correlació entre l'IGS i la discrepància jo-ideal (VVP: $r = -0,30$; $p = 0,03$ / SVP: $r = -0,33$; $p = 0,04$) i el PVEPF i la discrepància jo-ideal (VVP: $r = 0,44$; $p < 0,001$ / SVP: $r = 0,39$; $p = 0,01$). En altres paraules, una menor semblança entre els elements jo i ideal estaria associada a puntuacions més elevades en simptomatologia psicològica i a una menor diferenciació (és a dir, una major tendència a construir les experiències de manera unidimensional).

En el grup de dones VVP es va observar una correlació entre les escales de violència física i no física de l'ISA ($r = 0,70$; $p < 0,001$), entre aquestes dues escales de l'ISA i la polarització (física: $r = 0,33$; $p = 0,04$ / no física: $r = 0,47$; $p = 0,003$) i entre el WAST i l'IGS ($r = 0,38$; $p = 0,03$). Per tant, diferents formes de violència es veurien associades entre elles, així com amb la tendència a tenir construccions extremistes de les seves experiències. Així mateix, s'hauria trobat una relació entre la tensió en la relació de parella i la presència de psicopatologia.

En el grup de dones SVP es va trobar una correlació entre l'escala de violència no física de l'ISA i el PDI ($r = 0,41$; $p = 0,02$), entre l'IGS i la RSES ($r = 0,60$; $p < 0,001$), entre l'IGS i el PVEPF ($r = -0,50$; $p < 0,001$), entre la RSES i el PVEPF ($r = -0,40$; $p = 0,01$), entre el PVEPF i el PDI ($r = -0,58$; $p < 0,001$). És a dir, simptomatologia i autoestima estarien relacionades entre elles. D'altra banda, la proporció de dilemes implicatius estaria associada a la

presència de situacions de parella que es percebrien com a perjudicials i a una alta diferenciació. Tanmateix, una baixa diferenciació s'hauria vist lligada a menor presència de simptomatologia psicològica i a una menor autoestima.

4.6. Índexs de la TG

Donat que els índexs extrets de l'anàlisi informàtica de la graella proporcionen mesures referents a l'estructura cognitiva de l'individu, es va realitzar una MANOVA per determinar si dones VVP i dones sense violència mostraven una estructura cognitiva diferent, predictora del grup de pertinença. En aquest sentit, en la MANOVA es va agafar el grup de pertinença com a variable independent i es van incloure com a variables dependents la discrepància jo-ideal (mesurada mitjançant la correlació transformada de Fisher), la polarització, el PVEPF i el PDI. A diferència de l'estudi de Soldevilla et al. (2014), no es va controlar l'efecte del número de constructes, donat que no es van apreciar diferències entre grup de dones VVP i SVP ($t = 0,30$; $p = 0,77$; IC 95% = [-2,17, 2,94]).

Els resultats (Taula 9) van indicar una diferència significativa entre els grups, tal com indica la Traça de Pillai –emprada en no respectar-se el supòsit d'esfericitat– ($V = 0,26$; $F_{1, 95} = 8,03$; $p < 0,001$), amb una grandària gran de l'efecte ($\eta^2_p = 0,26$). Donada la significació estadística de l'anàlisi es van revisar els efectes principals univariants aplicant la correcció de Bonferroni, observant-se efectes significatius de la discrepància jo-ideal i el PDI –les dones VVP van mostrar un número superior de dilemes implicatius–, amb una grandària mitjana de l'efecte. Pràcticament 2 de cada 3 dones VVP (55,56%) mostraven dilemes, mentre que en el grup sense violència només 1 de cada 4 en presentava (24,44%). La polarització i el PVEPF van mostrar una grandària de l'efecte petita, sense significació estadística; amb tot, convé ressaltar que la polarització va perdre la

significació en aplicar la correcció de Bonferroni.

Taula 9

MANOVA de les variables de la Tècnica de la Graella com a indicadors d'estructura cognitiva

Variables	VVP (n = 55)		SVP (n = 45)		F	p	η^2_p
	M	DT	M	DT			
Z_JI	0,49	0,46	0,84	0,45	14,24	<0,001	0,13
Polarització	36,77	15,37	30,83	13,02	4,09	0,046	0,04
PVEPF	54,87	15,32	49,89	12,77	2,92	0,091	0,03
PDI	2,20	3,36	0,54	1,14	9,36	0,003	0,09

Nota. VVP = Víctimes de Violència de Parella; SVP = Sense Violència de Parella; Z_JI = Discrepància jo-ideal mesurada mitjançant la correlació transformada de Fisher; PVEPF = Percentatge de Variància Explicada pel Primer Factor; PDI = Percentatge de Dilemes Implicatius.

Aquesta anàlisi es va complementar amb una regressió logística en la qual es van emprar les variables de la TG per veure quines d'elles tenien una major importància en discriminar entre dones VVP i SVP (Taula 10). La prova de Hosmer i Lemeshow ($\chi^2 = 11,94$, $p = 0,15$) va indicar que no hi havia diferències significatives entre les classificacions observades i aquelles predites, reflectint un bon ajustament del model. De les quatre variables de la TG introduïdes, la discrepància jo-ideal, el PDI i el PVEPF van poder discriminar el grup de pertinença de les dones de l'estudi. Les dones amb menor discrepància jo-ideal, menor percentatge de dilemes implicatius i menor PVEPF (o, en altres paraules, una major tendència a construir de manera multidimensional) tindrien més oportunitats de pertànyer al grup de dones sense violència. Aquest model va pronosticar correctament la pertinença a un grup o altre en el 75,26% dels casos ($\chi^2_{(3)} = 31,217$, $p < 0,001$), com indica la Taula 11.

Taula 10

Regressió logística amb les variables de la Tècnica de la Graella com a predictores del grup de pertinença de les dones de l'estudi

Variables	<i>b</i>	<i>DT</i>	χ^2 Wald	<i>gll</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	IC (95%)	
							Inferior	Superior
Z_JI	2,10	0,61	12,01	1	0,001	8,15	2,49	26,69
PDI	-0,38	0,17	4,77	1	0,029	0,68	0,49	0,96
PVEPF	-0,06	0,20	9,83	1	0,002	0,94	0,90	0,98

Nota. Z_JI = Discrepància jo-ideal mesurada mitjançant la correlació transformada de Fisher; PDI = Percentatge de Dilemes Implicatius; PVEPF = Percentatge de Variància Explicada pel Primer Factor; IC = Interval de Confiança; *gll* = Graus de llibertat.

Taula 11

Hit Ratio de la validació creuada de l'agrupació

Grup	Número de casos	Grup de pertinença pronosticat	
		VVP	SVP
VVP	54	41 (75,93%)	13 (24,07%)
SVP	43	11 (25,58%)	32 (74,42%)

Nota. Percentatge de casos classificats correctament: 75,26%. VVP = Víctimes de Violència de Parella; SVP = Sense Violència de Parella.

5. DISCUSSIÓ

5.1. Homogeneïtat de la mostra

Una de les limitacions de l'estudi de Soldevilla et al. (2014) havia estat que les dones VVP de l'estudi procedien en la seva totalitat d'un Centre de Salut Mental d'Adults. Una qüestió a tenir en compte, doncs, era que tenia sentit que les puntuacions obtingudes en el SCL-90-R (relatives a les 9 dimensions i a l'IGS) en aquest grup s'assemblés a les puntuacions obtingudes per González de Rivera et al. (1989) per població clínica. En l'estudi d'aquesta tesi es van incloure dones procedents de diversos centres d'atenció a la dona, a més d'un CSMA. L'anàlisi comparativa de rangs de variables sociodemogràfiques i clíniques va deixar palès que no hi havia diferències significatives entre elles, tot i apreciar una tendència moderada a que podria haver un efecte del nivell d'estudis i de la violència física soferta. En les dones procedents del CSMA hi havia una major nombre de dones amb estudis primaris, de Formació Professional o amb estudis de Màster o Postgrau respecte les dones VVP procedents d'altres entitats, mentre que hi havia un nombre similar en relació a estudis secundaris i universitaris. D'altra banda, hi havia una quantitat major de dones que havien patit més violència física quan procedien de diversos centres que no pas si procedien del CSMA. Amb tot, donades les similituds entre ambdues submostres, va decidir-se que es podien tractar com a un únic grup homogeni. Amb les dades recollides es desconeix el motiu de la diferència en relació a la violència física en les dues submostres de dones VVP. És possible que les dones que hagin patit agressions físiques identifiquin els centres específics d'atenció a la dona com el recurs al qual adreçar-se. En aquest sentit un CSMA no és un centre d'aquestes característiques. Patir violència no física, que pot resultar més inespecífica i per aquest motiu dificultar la pròpia identificació amb la condició de ser víctima de maltractaments (malgrat

generi malestar i patiment), podria contribuir a tenir menys definida la demanda i/o l'entitat a la qual dirigir-se.

Els grups de dones VVP i SVP van ser similars en relacions a diverses variables sociodemogràfiques, malgrat que es van observar diferències en relació a l'estat civil, el nivell d'estudis o el fet de tenir fills. Les dones VVP mostraven una major proporció de separacions o divorcis, segurament com a conseqüència d'haver patit violència, mentre que la proporció de dones casades o que tenien parella era similar. Tanmateix, les dones VVP van mostrar un major percentatge de casos amb estudis primaris, secundaris i universitaris, mentre que el de dones amb Formació Professional era el mateix en tots dos grups; les dones del grup sense violència van mostrar un major percentatge de dones amb estudis de postgrau. No es van apreciar diferències estadístiques en relació al país d'origen, l'edat, el número de fills/es, els anys de relació amb la parella i el temps de cohabitació. Per aquest motiu es va considerar que els dos grups eren comparables entre ells. En aquest sentit, si bé no era pretensió de la recerca, no es va trobar un perfil específic que pogués caracteritzar les dones VVP en relació a aquestes variables. Naturalment, la mostra és reduïda per extraure cap conclusió relativa a aquesta qüestió.

5.2. Relacions entre les variables

En aquest estudi es va realitzar una anàlisi correlacional de manera exploratòria, per veure quines variables clíniques es veien associades, particularment, en cadascuna de les mostres.

5.2.1. Correlacions observades tant en el grup de dones VVP com en el grup de dones SVP

5.2.1.1. Entre l'IGS i la discrepància jo-ideal. Es va observar que una major discrepància estava lligada a un pitjor nivell de salut mental. Per tant,

tenir una visió de si mateixes allunyada d'aquella imatge desitjada o ideal incidia en un major nivell de malestar emocional i simptomàtic. Feixas et al. (2009) van obtenir correlacions entre l'IGS i la proporció de dilemes implicatius considerant la mostra en el seu conjunt, trobant que aquelles persones amb més dilemes mostraven també més simptomatologia psiquiàtrica. Les dones del grup SVP van mostrar en el seu conjunt un millor estat de salut mental i menys dilemes implicatius que les dones VVP. De totes maneres, es veuria que a nivell subclínic també hi hauria un lligam entre mostrar símptomes de malestar psicològic i tenir conflictes cognitius.

5.2.1.2. Entre el PVEPF i la discrepància jo-ideal. semblaria que les participants que tenien una visió positiva de si mateixes tindrien un pensament menys diferenciat, més unidimensional. Possiblement, l'ús d'una específica dimensió de significats o de determinats constructes podria incrementar la capacitat predictiva del sistema, i en resultar ser suficientment validadora de la identitat de l'individu afavoriria tenir una visió positiva d'un mateix. Aquesta associació entre pensament unidimensional amb la discrepància jo-ideal s'ha trobat en ambdós grups. Per tant, aquesta relació entre les variables es podria fer extensiva a població comunitària, en contraposició al que ha indicat algun estudi recent (Trujillo, 2016).

5.2.2. Correlacions observades en el grup de dones VVP

5.2.2.1. Entre les dues escales de l'ISA. En les dones VVP, es van trobar correlacions positives entre les dues escales de l'ISA entre elles. L'escala de violència no física d'aquest qüestionari inclou ítems relatius a abús sexual, psicològic (maltractament emocional, intimidació, amenaces, aïllament, exercici del domini masculí) i econòmic, mentre que l'escala de violència física es refereix a agressions físiques. Per tant, es produeix un solapament entre les diferents formes de violència, tant a nivell conceptual (el

maltractament físic provoca també una violència psicològica, donat que és una eina intimidatòria i de control que provoca patiment emocional i invalidació) com de mesura (algunes formes d'abús sexual inclouen agressions físiques). Això concorda amb el que indica la literatura existent (Thompson et al., 2006), malgrat en algunes relacions de parella es pugui produir violència psicològica sense exercir violència física.

Cal destacar que els qüestionaris WAST i l'ISA no van estar associats entre ells segmentant la correlació per grups (VVP vs. SVP). Fins on tenim coneixement, no hi ha estudis que hagin investigat la relació entre aquests qüestionaris en termes correlacionals. Si bé els dos instruments han estat utilitzats en l'avaluació i detecció de la VP, el WAST ha estat utilitzat de manera més habitual en processos de *screening* o cribratge. És possible que aquests dos qüestionaris estiguin mesurant aspectes diferents de la VP, i que una vegada s'hagi diferenciat entre víctimes i no víctimes (controlant-se doncs aquest efecte), els ítems sobre tensió del WAST no tinguin a veure amb els ítems que mesuren violències en l'ISA. També és possible que segmentar l'anàlisi correlacional en funció d'haver patit o no VP incidís en que desaparegués qualsevol associació (que seria, en conseqüència, espúria). De totes maneres, caldria realitzar recerca amb mostres més àmplies per estudiar si les mesures proporcionades per ambdós instruments poden estar o no relacionades.

5.2.2.2. Entre les escales de l'ISA i la polarització. Haver puntuat alt en violència física i no física està associat a tenir un pensament extremista. Donat que no es disposa de dades prèvies a la relació violenta, no es pot inferir si hi ha una variable que causi l'altre. De totes maneres, és plausible pensar que aquelles dones que pateixen diverses formes d'abús amb freqüència, hagin desenvolupat un mecanisme adaptatiu per predir amb major èxit un major rang de comportaments i esdeveniments: el pensament

extremista. És a dir, donada la importància de percebre qualsevol senyal que pogués provocar una situació de perill o de conflicte, construir individus, les experiències i relacions de manera extrema permetria activar tots els recursos necessaris per resoldre'l. Quan aquest estat d'alarma es perllonga i pren intensitat (estrès), també s'incrementaria la tendència a pensar de manera polaritzada i extremista.

5.2.2.3. Entre el WAST i l'IGS. Si bé el WAST no va correlacionar amb les escales de l'ISA, va mostrar estar associat al nivell de simptomatologia psicològica. Viure un nivell d'elevada tensió (emocional) amb la parella i tenir moltes dificultats per resoldre els conflictes provocaria afectacions severes en la salut psicològica. Per tant, d'acord amb el que indica la bibliografia (Bonomi et al., 2006; Coker et al., 2002; García Torrecillas et al., 2008; Golding, 1999; Heise & García-Moreno, 2002; Plazaola-Castaño & Ruiz Pérez, 2004; Raya Ortega et al., 2004), elevats nivells d'estrès, patiment subjectiu i conflictes interpersonals provoquen psicopatologia.

5.2.3. Correlacions observades en el grup de dones SVP

5.2.3.1. Entre l'escala no física de l'ISA i el PDI. Tenir algun indicador de conflicte amb la parella estaria associat a mostrar dilemes implicatius. Cal tenir present que en les dones del grup de comparació no hi havia violència (ni física ni no física). Amb tot, algunes participants van mostrar puntuacions indicatives de desavinences amb la seva parella. Així doncs, es posa de manifest que en les relacions de parella poden existir conflictes o actes agressius sense que hi hagi violència, considerada com a mecanisme de poder i control (García-Martínez, 2008). En qualsevol cas, la relació trobada assenyalaria que patir desavinences amb la parella es relacionaria amb tenir conflictes cognitius, segurament perquè els conflictes o discussions de parella poden revelar aspectes personals que es voldrien canviar. Una de les participants del grup SVP, per exemple, que va mostrar una puntuació més

alta sense arribar al punt de tall, va mostrar el següent dilema implicatiu: voler ser una persona “sociable”, en lloc d’“asocial”, però per a aquesta persona això implicaria deixar de ser “original” per a ser “convencional”. En aquest cas il·lustratiu, podrien sorgir discussions amb la parella pel fet que aquesta persona participés poc en trobades socials/familiars.

5.2.3.2. Entre l'IGS i la RSES. Es va trobar una sorprenent correlació positiva entre severitat simptomàtica i autoestima (mesurada amb la RSES). Convé tenir en compte que en aquest grup el valor mitjà de l'IGS va correspondre amb el que s'observa en població comunitària, per tant, no clínica. Com s'ha comentat anteriorment, el nivell d'autoestima en aquest grup va mostrar valors baixos. De manera que aquesta relació indicaria que a major nivell de simptomatologia general, major nivell d'autoestima (però baixa). En qualsevol cas, la relació entre l'IGS i la RSES només es va poder establir en el grup SVP, no essent així en el grup de dones VVP. Sembla convenient realitzar més recerca en població comunitària en relació al comportament d'aquestes variables.

5.2.3.3. Entre l'IGS i el PVEPF. Nivell general de salut i unidimensionalitat estarien negativament relacionades en població no clínica. Recentment, Trujillo (2016) va analitzar la relació entre l'índex general de salut del qüestionari SCL-90-R i els índexs de la TG en població comunitària, i només va obtenir relació entre l'IGS i la discrepància jo-ideal. Per tant, és possible que puntuacions indicadores d'un bon estat de salut psicològica tinguin a veure amb més factors que no pas amb les característiques del sistema de construcció, i que per tant incloguin diversos àmbits de la vida.

5.2.3.4. Entre la RSES i el PVEPF. Un major nivell d'autoestima es relacionaria amb una major diferenciació (baix PVEPF). Amb tot, cal tenir present que l'autoestima del grup de dones que no havien patit VP es va situar en valors baixos, de manera que aquesta associació estaria subjecta a

baixa autoestima.

5.2.3.5. Entre el PVEPF i el PDI. Es va trobar una correlació negativa entre la diferenciació i la proporció de dilemes implicatius, a diferència del que s'ha observat en altres estudis amb població comunitària (Trujillo, 2016). Una baixa diferenciació estaria associada a una menor quantitat de conflictes cognitius. Efectivament, es considera que és natural que els individus mostrin dilemes implicatius entre alguns constructes del seu sistema (Feixas & Saúl, 2004). Quan s'empra una única dimensió de significat, els individus restringirien el seu camp perceptiu i interpretatiu a un sistema que resulta (i ahora manté) altament predictiu i adaptatiu. Com resultat, es produirien escasses crisis rellevants dins del sistema. Crida l'atenció que aquests índexs de la graella no hagin correlacionat en el grup de dones VVP, però tenint en compte que en aquest grup es va observar una relació existent entre el PVEPF i la discrepància jo-ideal, i que en la formulació del dilema implicatiu és necessari que hi hagi constructes en els que aquests dos elements de la graella discrepin, tindria sentit pensar que una baixa diferenciació (o dit d'una altra manera, un sistema unidimensional) és incompatible amb la presència de dilemes implicatius.

Resumint, doncs, en el grup sense violència el PVEPF va correlacionar negativament amb l'IGS, i el PDI, assenyalant que a menor diferenciació, menor nivell de simptomatologia i menor presència de dilemes implicatius. En el grup de comparació, doncs, alts valors en el PVEPF estarien associats a major benestar (puntuacions més baixes en simptomatologia i conflictes cognitius).

Una baixa diferenciació ha estat considerada com un correlat d'escassa complexitat cognitiva, donat que implicaria emprar un menor nombre de dimensions de significat per donar sentit a les experiències i les relacions interpersonals. Tradicionalment s'ha considerat la complexitat

com una qualitat que facilita i promou l'adaptació donat que permetria elaborar més relacions entre construccions de manera més flexible. D'altra banda, recentment (Kovářová & Filip, 2015) s'ha suggerit que la complexitat també podria ser desadaptativa si implica disgregació (o no integració), donat que disposar d'una àmplia xarxa de constructes per categoritzar les vivències podria generar construccions contradictòries si no s'elaboren associacions que estiguin ben integrades, d'acord amb el que postula el corol·lari de fragmentació.

Tot i així, convé ressaltar que en el grup de dones VVP, el PVEPF va mostrar estar associat amb l'autoestima (mesurada amb la TG). En aquest sentit, doncs, un valor elevat en aquest índex, que implicaria una baixa diferenciació (és a dir, unidimensionalitat o baixa complexitat) estaria lligat a una major congruència entre la imatge actual i la desitjada. Alguns autors (Hardison & Neimeyer, 2011; Kovářová & Filip, 2015) han formulat el concepte d'integració com a contraposat al de diferenciació, de manera que un elevat valor en el PVEPF (baixa diferenciació) seria un indicador d'alta integració. Per tant, des d'aquest plantejament hi hauria una relació entre una elevada integració del sistema de constructes i la validació de la identitat de l'individu, en termes de congruència entre els elements jo i ideal. D'altra banda, alguns autors (Winter, Metcalfe, & Shoeb, 1997) han plantejat que una construcció restringida permet reduir el nivell d'ansietat perquè incrementa la capacitat predictiva del sistema i referma la seva viabilitat. A nivell terapèutic, una intervenció orientada a promoure la cohesió del sistema de constructes (corol·lari d'organització), incrementant la seva capacitat anticipativa i predictiva, incidiria en una major congruència identitària i en un menor nivell d'ansietat. Dit d'una altra manera, refermar l'ús de determinades dimensions de significat contribuiria a donar sentit a una major quantitat d'experiències (validació del cicle d'experiència) i permetria que el sistema esdevingués progressivament més útil (donat que

permetria incorporar, organitzar i anticipar més esdeveniments) i integrat.

5.3. Revisió de les hipòtesis de treball

5.3.1. Nivell de símptomes psicopatològics

Les dones VVP van mostrar un nivell general de psicopatologia superior al del grup SVP, confirmant-se aquesta hipòtesi. La mesura del nivell de salut mental es va realitzar mitjançant l'índex general de severitat del qüestionari SCL-90-R, donat que es tracta d'un índex fiable en reflectir el nivell de malestar psicològic i psicossomàtic.

Els valor obtinguts en l'IGS en el grup de dones VVP van ser equiparables als obtinguts per González de Rivera et al. (2002) per al grup clínic ($M = 1,49$; $DT = 0,84$; $N = 219$), constituït per població psiquiàtrica ambulatoria, en la qual predominaven trastorns d'ansietat i de l'estat d'ànim. Diversos estudis a nivell nacional i internacional que comparaven els resultats obtinguts amb el SCL-90-R entre mostres comunitàries i clíniques han trobat resultats similars (Guerrero-Gómez & García-Martínez, 2008; Lindgren Scheffer & Renck, 2008; Trujillo, 2016). Per tant, i d'acord amb la literatura existent (Amor, Bohórquez, & Echeburúa, 2006; Dutton et al., 2006; Krug et al., 2002), podem concloure que patir violència té un impacte en la salut mental i física, i una mesura de psicopatologia és un bon indicador de qui pot estar patint violència. El fet que les dones VVP d'aquest estudi mostressin valors mitjans en l'IGS similars a la de població psiquiàtrica ambulatoria, tenint en compte que una part de la mostra de dones VVP no pertanyia a aquest tipus de població, posaria de manifest aquesta relació entre violència i simptomatologia.

Addicionalment, i de manera exploratòria es va analitzar les 9 dimensions corresponents a símptomes psicopatològics que constitueixen el SCL-90-R. Les dones VVP també van obtenir una major puntuació en totes

les dimensions del qüestionari. En altres paraules, van mostrar valors superiors al grup sense violència a nivell d'alteracions psicossomàtiques (en el sistema gastrointestinal, cardiovascular, respiratori i/o muscular), incidència de conductes i pensaments de caire obsessiu, inhibició en les relacions interpersonals, alienació social, afectació de l'estat d'ànim, i presència de por, tensió emocional, hostilitat i desconfiança. No es va trobar cap subescala el valors de la qual sobresortís respecte les altres, de manera que l'afectació emocional de la VP mostraria una àmplia fenomenologia clínica. El fet que totes les subescales del SCL-90-R adquirissin valors de psicopatologia indicarien que el patiment pot expressar-se de maneres diverses, així que serà convenient apreciar com es manifesta aquest en cada persona, per poder incidir en la fenomenologia idiosincràtica de la pacient dirigint el focus de la intervenció en la forma que adopti. Per tant, donada la diversitat simptomatològica observada en les dones VVP, la consulta sanitària ofereix un marc privilegiat per explorar la possibilitat que les pacients estiguin essent sotmeses a algun tipus d'abús o violència (Cirici et al., 2010).

En consonància, doncs, amb el que indica la literatura (Foran et al., 2015), podem afirmar que patir una situació permanent de violència generaria un nivell elevat d'estrès que acabaria provocant una sèrie d'alteracions en l'organisme fins el punt de ser un problema de salut pública (*Instituto de Salud Pública*, 2003; Krug et al., 2002). S'ha descrit els mecanismes pels quals alts nivells d'estrès poden provocar afectacions somàtiques (Crofford, 2007).

Des del marc de la TCP s'ha proporcionat explicacions d'aquesta fenomenologia en termes de l'afectació que provocaria l'esdeveniment traumàtic en el sistema de constructes (Sewell, 2003). Aquesta experiència extrema –que en VP seria de caire interpersonal, donat que seria la parella qui provocaria l'esdeveniment traumàtic– suposaria una ruptura respecte

experiències vitals prèvies, trencant el sentit de continuïtat amb el passat i en la pròpia identitat. Com a conseqüència, es produiria una fragmentació (Butt & Parton, 2005) dins del sistema de constructes, que generaria la simptomatologia característica del trastorn (alteracions emocionals i cognitives, re- evocació de l'episodi traumàtic, reaccions dissociatives, etc.). En altres paraules, aquest trencament de la continuïtat vital i identitària suposaria una invalidació del cicle d'experiència, i per tant conduiria a una transició abrupta cap a noves realitats i nous significats.

D'altra banda, les emocions descrites per Kelly (amença, por, ansietat, culpa, agressivitat, hostilitat) poden ser molt útils per complementar la comprensió del malestar de la víctima, que apareixerien fruit de la transició a la re-construcció del sistema de significats, i s'ha relacionat el desenvolupament de diversos trastorns amb la crisi o invalidació del sistema de constructes existents (Walker & Winter, 2007).

5.3.2. Nivell d'autoestima

Es van observar diferències en el nivell d'autoestima mesurada amb la RSES entre ambdós grups, però en un sentit inesperat: el nivell d'autoestima va ser major en el grup de violència que en el de sense violència, amb una grandària gran de l'efecte.

Com s'ha esmentat anteriorment, si bé es considera que puntuacions altes correspondrien amb un millor nivell d'autoestima, no hi ha un acord generalitzat en quin seria el punt de tall d'aquesta escala. Els resultats del grup de VVP es correspondrien amb nivells adequats d'autoestima mentre que els del grup SVP ho farien amb un nivell considerat baix, d'acord amb alguns estudis disponibles (Plazaola-Castaño et al., 2009) però no amb d'altres (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa, & De Corral, 2007). A part, els resultats del grup de dones sense violència divergien dels obtinguts en altres estudis, a nivell nacional (Grijalba, 2007) i internacional (Schmitt & Allik,

2005), fins i tot considerant diferències de gènere (Martín-Albo, Núñez, Navarro, & Grijalvo, 2007). D'altra banda, els nostres resultats del grup de VVP emprant la RSES serien similars als d'altres estudis amb aquest tipus de població (Grijalba, 2007; Jonker, Sijbrandij, & Wolf, 2012; Levendosky et al., 2004; Paz Rincón, Labrador, Arinero, & Crespo, 2004) o als obtinguts en mesures posteriors a un tractament psicològic (Kubany et al., 2004), i fins i tot amb població clínica en general (Morejón et al., 2004). Tot i així, serien diferents als mostrats en altres estudis (Labrador-Encinas et al., 2010), en el qual aquest autor va trobar que un 26% de la mostra de dones VVP mostrava una elevada autoestima.

Per tant, semblaria que en la nostra recerca, la puntuació de la RSES en el grup de dones VVP hauria coincidit amb el que assenyala part de la bibliografia sobre autoestima mesurada amb aquest qüestionari en poblacions clíniques o amb víctimes de violència, i que plantejaria la idea que patir un trastorn o ser víctima podria estar relacionat en alguns casos amb una valoració positiva d'un mateix (potser per veure's amb prou fortalesa com per resistir aquesta circumstància, o de ser capaç de realitzar diverses activitats malgrat patir-la). Tal i com planteja Walker (2012), és possible que resistir o sobreviure a una relació violenta pugui incrementar la percepció de tenir una major vàlua que altres persones, malgrat el desgast psicològic que se'n derivi. Mentre que dones que no hagin viscut aquesta experiència poden mostrar un major inconformisme amb si mateixes, en termes de competència i vàlua, en considerar de manera més àmplia diversos àmbits de la seva vida. A més, cal recordar que les dones VVP van ser reclutades des de CSMA i centres d'atenció a la dona; estarien en conseqüència essent ateses per professionals i en contacte amb d'altres dones VVP. Això podria comportar que es trobessin validades per aquest entorn, i en procés d'apoderament, que podria revertir en percebre's com a persones útils i valuoses. En qualsevol cas, semblaria convenient revisar la

relació entre les diferents conceptualitzacions d'aquest constructe en dones VVP.

La puntuació mitjana de l'autoestima mesurada amb la RSES en el grup de dones SVP es va situar per sota del punt de tall que diversos estudis han indicat (Amor et al., 2001; Isomaa et al., 2013; Plazaola-Castaño et al., 2009). En la línia del que plantejava Walker (2012), és possible que dones procedents de característiques sociodemogràfiques com les del grup SVP puguin realitzar una anàlisi àmplia per valorar el grau de satisfacció amb elles mateixes i el seu nivell competencial. El resultat d'aquesta podria trobar-se per sota del que seria esperable en trobar diverses àrees en les quals el seu autoconcepte no es troba a l'alçada del que podrien exigir-se.

En definitiva, la relació entre VP i autoestima no és tant clara com podria semblar. En qualsevol cas, l'anàlisi de la recerca en autoestima posa de manifest que es tracta d'un constructe controvertit i complex, que encara ho esdevé més si incorporem la mesura de la discrepància jo-ideal com una conceptualització alternativa.

Malgrat tractar-se d'un terme àmpliament usat en Psicologia, i que s'ha incorporat en el llenguatge col·loquial, l'autoestima és un concepte que mostra algunes dificultats per a ser mesurada. Amb tot, en aquesta recerca s'ha utilitzat un instrument d'avaluació de l'autoestima àmpliament emprat en recerca i clínica com és la RSES. D'altra banda, mitjançant l'aplicació de la TG s'ha utilitzat un índex obtingut a partir de l'anàlisi informàtica de les diferències entre els elements "jo" i "ideal": la discrepància (apreciada mitjançant la correlació) entre aquests elements. Mentre que l'element "jo" representaria la pròpia visió del jo, l'ideal es correspondria amb la construcció de com es voldria ser. Estudis previs havien indicat una convergència entre la RSES i la discrepància jo-ideal (Arnold, 1988; Dada, 2014). D'altres, però, havien mostrat discrepàncies (Trujillo, 2016).

En aplicar la discrepància jo-ideal com a mesura d'autoestima, s'ha observat una tendència diferent a la que s'ha vist amb l'aplicació de la RSES. Si bé no hi ha punts de tall per a la discrepància jo-ideal, les dones VVP haurien mostrat una menor semblança entre l'autoimatge actual i aquella desitjada, essent significativament diferents en aquest índex respecte les dones del grup sense violència.

En aquest estudi s'ha posat de manifest la manca de relació entre aquest índex de la TG i l'autoestima, tal i com ha estat conceptualitzada i mesurada tradicionalment –RSES–. Efectivament, les dues mesures no van correlacionar entre elles en cap de les dues mostres. I en comparar-les, en el grup de dones VVP es va observar valors significativament superiors en la RSES i significativament inferiors en la discrepància. Aquesta divergència podria ser explicada per la diferent base conceptual de la dimensió en si mateixa (Arnold, 1988). La RSES mesura l'autoconcepte, partint d'una valoració conscient del subjecte de quina és la seva utilitat (autoeficàcia) i vàlua (autoaprovació) absolutes, d'acord amb uns ítems pre-establerts. Des de la TCP s'ofereix una proposta alternativa, entenent l'autoestima com l'expressió de la congruència-discrepància (no necessàriament conscient) entre la imatge actual i la imatge desitjada d'un mateix en base al contingut dels propis constructes de la persona, emprant el mateix marc de significats de l'individu. Les dues mesures proposen que la dimensió és mesurable partint d'un procés avaluatiu, però en el cas de la RSES es realitza directament en el present i des del present, i en el de la TG es du a terme indirectament des del present (a partir de com és o es considera la persona) orientant-se cap a un futur o escenari ideal (com li agradaria ser o considerar-se). La primera opció podria entendre's com un diagnòstic, mentre que la segona seria més aviat prospectiva o desiderativa, incloent una anàlisi sobre els aspectes congruents i discrepants d'un mateix. Els constructes que defineixen la relació entre la imatge actual i ideal de

l'individu es podrien veure involucrats, a més, en conflictes cognitius (dilemes implicatius) que també incidirien en el projecte i qualitat de vida de l'individu. Per tant, a nivell clínic, la diferència entre les dues conceptualitzacions de l'autoestima aniria més enllà: la mesura de la discrepància jo-ideal permet treballar la necessitat i l'orientació del canvi, mentre que la proporcionada per la RSES només en constataria la possible conveniència.

En relació a la discrepància entre els elements jo i ideal, Camps et al. (2000) van obtenir una correlació moderada ($r = 0,63$), apuntant a que la semblança entre ells es situaria al voltant del 40%, essent en aquest sentit, una adequada autoestima. Per la seva banda, García-Martínez et al. (2012) van observar una correlació (transformada en Z de Fisher per poder operar amb ella) que va ser baixa entre els elements ($Z = 0,16$), contrastant notablement amb el primer estudi. Soldevilla et al. (2014) van comparar diversos índexs de la TG entre dones VVP i dones extretes de base de dades del Projecte Multicèntric Dilema, aparellant-les per edat. Els autors no van trobar diferències significatives en relació a la discrepància jo-ideal mesurada mitjançant la Z de Fisher. En la mostra d'aquest estudi sí que es van trobar diferències entre ambdós grups, amb una grandària mitjana de l'efecte. Els resultats aquí presentats assenyalarien que el nivell d'autoestima, en termes de discrepància jo-ideal, en les dones VVP seria menor respecte al grup de dones SVP. Cal tenir present que els valors de la discrepància en aquesta recerca i en l'estudi de Soldevilla et al. (2014) són similars en relació al grup de dones VVP, però no respecte el grup de comparació. Per tant, entenem que la causa principal d'aquesta divergència de resultats es troba en aquest segon grup. Com s'ha dit, en aquesta tesi es va tenir cura d'avaluar dones procedents de població comunitària i assegurar-se que no havien patit un historial de violència en les seves relacions de parella.

Així doncs, el grup de dones VVP mostraria una autoestima més baixa d'acord amb la discrepància jo-ideal, en consonància amb el que s'ha observat en diverses mostres clíniques (Compañ et al., 2010; Dada, Feixas, Compañ, & Montesano, 2012; Feixas, Montebruno, Dada, Del Castillo, & Compañ, 2010; Freshwater, Leach, & Aldridge, 2001; Melis et al., 2011; Winter, Gournay, Metcalfe, & Rossotti, 2006). En altres paraules, la construcció de si mateixes (autoconcepte) s'allunyaria substancialment de com desitjarien veure's. Ja s'ha comentat anteriorment les relacions observades entre la discrepància jo-ideal i el malestar en termes de severitat simptomatològica i de presència de dilemes implicatius.

Una qüestió sobre la que reflexionar és el paper que jugaria l'autoestima en cadascuna de les mostres. Des de la perspectiva sistèmica (Watzlawick, Weakland i Fisch, 1992) es parla de canvis tipus 1 o de primer ordre, i de canvi tipus 2 o de segon ordre. El primer tipus de canvi incidiria en aspectes perifèrics del sistema, de manera que no provocarien un canvi en el sistema en si mateix. El segon tipus comportaria un canvi més profund, orientat a modificar el propi sistema. Es podria conceptualitzar l'autoestima obtinguda amb la RSES com aquella basada en criteris perifèrics, globals i genèrics, mentre que la discrepància jo-ideal incidiria en la pròpia identitat. Partint d'aquesta base, es podria considerar que les dones VVP podrien sentir-se útils i valuoses en termes genèrics (en relació, posem per cas, a les seves responsabilitats familiars i/o laborals, que desenvoluparien eficaçment i que fins i tot procurarien realitzar correctament per evitar conflictes), però trobar-se invalidades en aspectes identitaris idiosincràtics. Alguns d'aquests aspectes conduirien a conflictes cognitius o dilemes implicatius pendents de resoldre; de fet, la seva resolució suposaria canvis que podrien comportar afectacions no desitjades en l'àmbit de tipus 1. De manera que preservar aquesta visió d'utilitat i vàlua podria ser preferible a dur a terme canvis més profunds, malgrat el seu cost a nivell emocional. Les

dones del grup sense violència, en canvi, podrien veure preservats en major grau els constructes relatius a la pròpia identitat, mostrant com a conseqüència un menor grau de dilemes implicatius; paral·lelament, la pròpia anàlisi des d'una perspectiva de fermesa identitària permetria copsar que hi hauria aspectes a millorar que no afectarien aquesta visió profunda del jo.

5.3.3. Estructura cognitiva i discriminació de violència

En l'estudi de Soldevilla et al. (2014) es van observar diferències significatives entre el grup de dones que havia patit violència i el grup pertanyent a mostra comunitària en relació a índexs de la TG com polarització, diferenciació (això és, pensament unidimensional) i percentatge de dilemes implicatius. En l'estudi aquí presentat es van obtenir diferències significatives en relació al percentatge de dilemes implicatius i a la discrepància jo-ideal, mentre que no va ser així en polarització i diferenciació. La MANOVA va suggerir que la discrepància jo-ideal i el percentatge de dilemes implicatius serien variables que contribuirien a diferenciar dones VVP i dones que no han patit violència. En menor grau, la polarització va mostrar una tendència a poder contribuir en aquesta diferenciació. Els resultats entre l'estudi actual i els que l'autor va obtenir anteriorment, doncs, confirmarien la rellevància dels dilemes implicatius i, en menor grau, del pensament extremista, i diferirien en el pes de la discrepància jo-ideal i la diferenciació. La regressió logística que va complementar aquesta anàlisi va confirmar que una major discrepància jo-ideal i tenir més dilemes serien característiques cognitives que permetrien diferenciar les dones VVP respecte d'aquelles que no han patit violència.

Aquesta recerca, doncs, va aportar resultats diferents a l'estudi de Soldevilla et al. (2014). Així com la rellevància dels dilemes implicatius va quedar palesa en ambdues, la diferenciació cognitiva i la polarització van

mostrar tenir una influència menor en la present investigació. D'altra banda, la discrepància jo-ideal va mostrar tenir molta importància. Possiblement el canvi de grup de comparació hagi estat el principal responsable, donat que en l'actual estudi es va avaluar que les dones que constituïssin aquest grup no haguessin mai patit una relació de parella abusiva.

Les dones VVP van mostrar un percentatge de presència de dilemes implicatius superior al grup sense violència, pràcticament el quàdruple, una proporció major al que s'ha observat en altres estudis amb població clínica (Feixas & Saúl, 2004; Feixas et al., 2009; Montesano et al., 2014). Diversos estudis han posat de manifest l'existència de dilemes implicatius en mostres clíniques (Montesano et al., 2014; Montesano, López-González, Saúl, & Feixas, 2015) i en mostres no clíniques (Saúl, López-González, Feixas, Rubio-Garay, & Domínguez-Simón, 2014), amb una major presència en les primeres (Feixas, Montesano, & Paz, 2014; Feixas et al., 2009). Els resultats obtinguts en aquesta recerca apunten en la mateixa direcció del que la literatura ha destacat, i ressalten la conveniència de tenir en compte aspectes vinculats a la pròpia identitat tant en els processos de canvi com de no-canvi (Feixas, Montesano, & Paz, 2014).

La idea que els conflictes cognitius poden incidir negativament en el nivell de salut és clàssica en Psicologia, i s'ha abordat des de diferents perspectives i orientacions teòriques (Feixas, Soldevilla, & Montesano, 2011; Renner & Leibetseder, 2000). Diversos autors (Díaz, Feixas, Pellungrini, & Saúl, 2001; Feixas, Montesano, Compañ, et al., 2014; Mancini, 1992; Montesano et al., 2014) han posat de manifest com el pes de la identitat i de la necessitat de preservar-la poden contribuir a mantenir una situació desfavorable malgrat provocar algun tipus de psicopatologia o obstaculitzar qualsevol procés de canvi que es pogués endegar. La conceptualització del conflicte cognitiu en aquest treball el presenta com un conflicte que afecta a la identitat de la persona, en la qual el canvi cap a visions desitjades de si

mateixa topa amb el desig de preservar altres visions pròpies desitjables que hi estan associades (operativitzant-se a través dels constructes discrepants i congruents, respectivament). Aquesta formulació en termes de les implicacions que té el canvi en el sentit de la pròpia identitat es pot integrar amb intervencions emmarcades en altres enfocaments teòrics. En aquest sentit, s'ha desenvolupat un protocol per abordar els dilemes implicatius que ha mostrat la seva eficàcia (Feixas et al., 2013; Feixas et al., 2016; Feixas & Compañ, 2015; Senra, Feixas, & Fernandes, 2005). Per tant, és plausible pensar que les dones VVP constituïrien un col·lectiu susceptible de beneficiar-se d'un tractament que inclogués una intervenció centrada en dilemes. En conseqüència, quan es consideri que la integritat vital de la víctima no està amenaçada, esdevé necessari tenir en compte aquests elements per facilitar que la víctima es senti compresa en lloc de qüestionada o invalidada, i evitar així que aquesta abandoni el tractament o no assisteixi a posteriors visites de seguiment.

Les anàlisis realitzades permeten concloure, doncs, que els índexs de la graella són útils per discriminar entre dones VVP i sense violència. Podem afirmar, en conseqüència, que patir una situació perllongada d'abús físic o emocional, entre d'altres formes de violència, genera una sèrie d'efectes en el sistema de constructes. Aquests poden sintetitzar-se en un distanciament de la visió de si mateix respecte a com es desitjaria ser, en una elevada quantitat de conflictes cognitius identitaris, i en un relatiu extremisme i unidimensionalitat de les construccions de vivències i relacions. Tot plegat incidiria negativament en l'estat de salut, amb afectacions de diversa índole: en l'estat d'ànim, el nivell d'ansietat o alteracions somàtiques, entre d'altres. Per tant, un treball terapèutic que incidís en la reconstrucció de la pròpia identitat i de la manera d'experienciar i relacionar-se amb l'entorn promouria en última instància un estat de salut saludable. De la mateixa manera, convé emfasitzar la conveniència de tenir en compte els termes amb

els quals interpretem les nostres vivències i els donem significat en la pluralitat d'abordatges terapèutics en dones víctimes de violència de parella.

Una meta-anàlisi recent (Bair-Merritt et al., 2014) sobre intervencions amb dones víctimes de violència de parella en el context d'Atenció Primària va indicar que les accions sobre les usuàries consistien fonamentalment en fomentar l'apoderament, en emprar una escolta empàtica, en dialogar sobre el cicle de violència, en reflexionar sobre la seguretat o en derivar a recursos de la xarxa assistencial comunitària. Aquestes actuacions semblaven incidir en una millora en la salut, el nivell de seguretat, o la reducció de la violència. Aquestes accions podrien emmarcar-se com dispensades en el context d'una relació professional horitzontal, en la qual el/la professional acompanya en el procés de presa de consciència i de decisions, en lloc d'empènyer o forçar a anar en una direcció determinada. S'ha vist com aquesta darrera estratègia ha fracassat en diverses ocasions, com per exemple quan s'ha obligat a la víctima a allunyar-se de la parella maltractadora, en contra del que es desitjava (Peled, Eisikovits, Enosh, & Winstok, 2000). Per tant, és convenient copsar la percepció de la relació que té la víctima de violència, així com tenir present quines són les seves eleccions vinculades al manteniment de la relació, a la seva preservació però suprimint el component de violència, o la seva ruptura. D'altra banda, convé tenir present que un dels moments que suposen un major risc per la integritat vital de la dona VVP és quan aquesta inicia el procediment de separació (Jordan, 2004). Alguns autors han plantejat que la ruptura d'una relació violenta no condueix necessàriament a un major nivell de benestar (Bell, Goodman, & Dutton, 2009), a causa de possibles represàlies o d'haver de fer front a qüestions logístiques o pragmàtiques derivades de la separació. L'apoderament, doncs, es podria realitzar tant davant la decisió de mantenir com la de trencar la relació (Peled et al., 2000).

S'ha plantejat que una estratègia per evitar la invalidació dels

constructes personals pot consistir en estretir o restringir el camp perceptiu (Winter & Gournay, 1987). Per tant, convé tenir molta cura a l'hora d'interpretar les accions dels/de les pacients. Sovint s'ha considerat que els/les pacients que no segueixen les indicacions dels/de les professionals són "resistents". Des de la Teoria dels Constructes Personals es considera que no seguir aquestes pautes és més aviat una senyal de "coherència" amb la pròpia identitat (Feixas, Montesano, Compañ, et al., 2014; Feixas et al., 2009; Soldevilla, Feixas, Varlotta, & Cirici, 2014; Soldevilla & Montesano, 2015). Així, doncs, és convenient que el/la professional entengui la relació existent entre la simptomatologia o la desfavorable situació vital i les seves implicacions en la identitat del/de la pacient per poder adquirir una major comprensió de la seva fenomenologia idiosincràtica, i eviti generar una victimització secundària (Amor i Echeburúa, 2010), fruit del judici del/de la professional.

5.4. Limitacions

Aquesta recerca ha millorat alguns aspectes metodològics de l'estudi de Soldevilla et al. (2014). No obstant, té diverses limitacions a considerar. A nivell de procediment de recollida de dades, ja s'ha explicat que algunes dones VVP van ser reclutades després de parlar-ne amb els professionals socio-sanitaris que les atenen regularment. Si bé això va poder afavorir una elevada retenció de la mostra, és clar que també va implicar una selecció de casos per conveniència, no necessàriament representativa. D'altra banda, en diverses dones VVP va ser necessari administrar la TG en dues sessions, de manera que la perspectiva des de la qual s'havien elicitat els constructes i puntuat els elements podria veure's alterada per experiències esdevingudes entre una sessió i l'altra. L'administració en una única sessió de la TG o bé la inclusió d'algun instrument de mesura que permetés copsar si s'hauria produït algun esdeveniment significatiu entre les sessions permetrien superar aquesta limitació.

El grup de dones sense violència va estar constituït per dones que van participar en la recerca després de fer una crida general, sense rebre cap contraprestació. En aquest sentit, cal considerar un possible biaix de selecció també en aquest grup, en el sentit que les motivacions i les característiques de persones que es presenten voluntàries són diferents respecte a les que decideixen no participar.

Diverses participants no van entregar el qüestionari sociodemogràfic o van deixar sense respondre alguns ítems, que no es van poder completar a posteriori. Una major supervisió o dedicar un temps (potser una sessió addicional) per completar el qüestionari davant la persona avaluadora permetrien evitar aquesta incidència en la recollida de dades. En relació al grup sense violència, potser en el cas d'haver ofert una devolució de les anàlisis com a informe psicològic s'hauria aconseguit ampliar el número de participants així com la seva retenció. D'altra banda, i com ja s'ha comentat anteriorment, entre les submostres de dones VVP van aparèixer diferències significatives en algunes variables, com el nivell d'estudis o la puntuació en l'escala de violència física de l'ISA, indicant que no eren del tot homogènies. Com a possible remei, s'hagués pogut realitzar un aparellament de casos en base a aquestes variables per aconseguir una major homogeneïtat entre els dos grups, però s'haguessin perdut participants, reduint la grandària de les mostres, la potència estadística i la generalització dels resultats. Obtenir mostres més grans podria ajudar a resoldre aquestes limitacions.

Finalment, el disseny de l'estudi és quasi-experimental i transversal, de manera que no es poden atribuir relacions de causa i efecte entre les variables, ni disposar d'un grup control. El context de la recerca impedeix que aquesta pugui ser de caire experimental. Amb tot, podria haver estat interessant incorporar un tercer grup, constituït per dones VVP que no es consideressin com a tals. En la mesura que fos possible, també seria convenient poder ampliar el grup de comparació i poder emparellar-lo en

base a les variables sociodemogràfiques amb les dones VVP.

5.5. Perspectives de futur

Els resultats d'aquesta investigació han posat de manifest la conveniència de tenir present la construcció de les experiències, de les relacions i de les persones que tenen les dones VVP. Donat que es tracta d'un fenomen complex, creiem necessari atendre als processos individuals de les dones víctimes per orientar la intervenció en una millora de la seva qualitat de vida. Per tant, realitzar una anàlisi també qualitativa del seu sistema de constructes, de la seva narrativa, i de la seva història de vida podria contribuir a valorar com aquells episodis rellevants (Matos, Santos, Pinheiro, & Lourenço, 2016) poden ser integrats dins de l'estructura identitària de l'individu per endegar i mantenir un procés de canvi.

D'altra banda, donada la forta incidència de dilemes implicatius en la mostra de dones VVP, podria ser adequat adaptar programes de tractament existents per incloure un protocol d'intervenció centrada en dilemes, que es pogués aplicar a diferents contextos assistencials.

Tanmateix, les anàlisis exploratòries realitzades han obert nous interrogants per investigar, com ara la discrepància palesa en les dues mesures d'autoestima (a partir de l'administració de la RSES i de la TG), que poden estar relacionades amb la formulació d'aquest constructe psicològic. Amb tot, el resultat d'una baixa autoestima mesurada amb la RSES en dones sense violència és prou atípica com per requerir més investigació.

Considerant les limitacions esmentades i les perspectives de futur, caldrà realitzar més recerca per proporcionar més dades en relació a l'estructura cognitiva de dones VVP, atenent a una major diversitat de dones d'aquestes característiques.

6. CONCLUSIONS

The main objective of this doctoral thesis was to study the characteristics of the system of constructs of women who were victims of intimate partner violence (IPV). These features were centered on the level of discrepancy between the current self and the desired one, the identity conflicts, the level of extremism in the process of interpretation of events, relationships and people, and the tendency to use a single perspective. The findings of a previous study carried out by the author served to deepen the present investigation (Soldevilla et al., 2014).

In this study, the cognitive processes of IPV victims were assessed and compared to those of other women who have not suffered IPV. A sample of abused women was recruited, following a non-probabilistic convenience sampling. The sample consisted of patients from a mental health service and clients of women's support services. Additionally, a comparison group was formed by women without history of IPV. Different aspects were measured, including the occurrence of violence, the presence of psychopathology, the level of self-esteem, and various indexes obtained from the analysis of the Grid Technique, a semi-structured interview that allows to evaluate the system of constructs of the interviewee.

Different theories strive to explain the psychological processes of victims of IPV that hold them back from leaving their abusive partner. This thesis was based on the theoretical framework of the Personal Construct Theory (PCT), to provide an integrative basis for studying the establishment and the effects of intimate partner violence (IPV) on women.

It has been hypothesized that the construction of the identity and the meaning that is given to experiences, particularly to the experience of maltreatment, would partially contribute to the explanation of how violence

could become chronic and why women continue to stay in an abusive relationship. The PCT approach underlines the importance of considering the victim's personal construct system and the role of their identity. If the victim considers that ending the relationship with the abuser threatens her identity (contradicting an ought self regarding her role as a partner, mother or simply as a person) it would be difficult for her to start a process of change.

In the IPV sample, psychological violence was the predominant type, followed by physical, social, environmental, economic and sexual violence. In fact, psychological violence is present in the rest, because each of them causes emotional distress.

Current literature on IPV has consistently remarked its effects on physical and emotional health. The present study has shown that women living in an abusive relation suffered a high level of health distress, with a variety of psychopathology: depression, somatization, anxiety, paranoid ideation, obsessive-compulsive functioning, hostility, interpersonal sensitivity and feelings of social alienation.

Furthermore, this research has brought forth that victims of IPV displayed a relatively positive self-esteem, coinciding with other authors (Walker, 2012). In contrast, women from the comparison group showed a lower level of self-esteem. In psychological terms, self-esteem has been traditionally described as a concept consisting of self-efficacy (linked to the individual's competences or strengths) and self-worth (related to inner value). Here, it has been suggested that living in a violent relationship could narrow the analysis of the self until only the context of the abuse is taken into account by the woman in question. As a result, this diminished frame would conduce the woman to positively recognise her resilience and resistance, and even the capacity to sustain the structure of the family, or

her role in it. Women without IPV could perform a broader analysis, taking into account other areas of life, perceiving more limits and mistakes. These results indicate the convenience of reviewing the concept of self-esteem, based on the meanings the person gives to their experiences.

Regarding the measures obtained from the analysis of the grids, it has been found that abused women show a considerable discrepancy between the construction of themselves (current self) and that of the desired one (ideal self). It has been suggested that the ideal-self discrepancy can be understood as an alternative PCT conceptualization of self-esteem, from the mismatch between the representation of how someone is and how someone would like to be. In this sense, the index would provide a guide to improve self-esteem, reducing the gap between the two elements in reported constructs.

Women of the IPV group also showed a greater presence of cognitive conflicts than the group without violence. These conflicts (or implicative dilemmas) are related to the ideal-self discrepancy and affect the individual's identity. Implicative dilemmas arise when the person wants to change the construction of the current self, regarding one or more characteristics or constructs (high discrepancy). These discrepant constructs are associated to one or more congruent constructs. Hence, this change entails to modify a given desired construction that he/she wants to keep. Therefore, the implications changing have, generate a dilemma for the individual. This dilemma creates ambivalence in the process of change or in the decision-making course and, as a result, the undesired construction of the current self is maintained.

Additionally, the IPV group showed a tendency to use the construct system in an extremist way (polarized) to interpret experiences, people and relationships. This trend was smaller than that found in the exploratory

study, previously carried out by the author. Finally, having a one-dimensional, differentiated thought would contribute, to a lesser degree, to identify (together with the ideal-self discrepancy and the percentage of implicative dilemmas) the group of abused women. In summary, scores pointing out worst self-concept (high discrepancy) and more identity conflicts (high rate of implicative dilemmas) contribute to characterize victims of IPV.

These results emphasize the role of cognitive processes as they were measured by using the Repertory Grid Technique, to explain and to predict the clinical characteristics of women who suffer or have suffered IPV, as has been already indicated (Soldevilla et al., 2014).

Clearly, women stay in abusive relationships because of different reasons, which include contextual domains regarding the victim and the aggressor (Amor et al., 2006). For example, financial dependency, ignorance of aid resources in the community, lack of familial or social support, severity of maltreatment, concerns about possible effects for children, cognitive-emotional facets of personality, fear about retaliations, hoping for partner to change, blaming or social stigmatization (Heise & García-Moreno, 2002). When children grow up or life preservation is threatened, when there is emotional or logistic support, when the severity of violence increases or the victim realizes that her partner will not change, the decision to leave him could crystallize. In any case, this decision usually constitutes a non-linear process (Macias Esparza, 2017). Many women restart the relationship even in several occasions before they are able to decide that it cannot be readdressed (Griffing et al., 2002; Griffing et al., 2005).

Some authors have suggested the convenience of helping battered women to understand the process of change and the effects that violence has on their identity (Matheson et al., 2015). In this sense, the present thesis

points out that it would be important that the agents of those services who assist victims of IPV evaluate or consider the presence of identity linkages with processes of change or non-change. Taking this into account to guide their interventions would enhance the understanding of those women who decide to stay with their partner or not to report him.

This thesis has raised new questions after having explored the associations between mental health, self-esteem and cognitive processes. In this regard, some unexpected relationships have been found (e. g., low self-esteem according to RSES cut-off points), while other expected results were not found (e. g., the absence of convergence in different measures of self-esteem).

Given these findings, it is considered necessary to conduct further research in the field of IPV. In addition, it would be interesting to explore the construct systems of other types of victims (e. g., dating violence, same-sex couples). It could help to know if the features found are exclusive to women suffering from violence by their male partner, or whether they can be generalized to the condition of being a victim. Having larger samples could allow to stratify them, as well as to capture differences related to these or other variables, based on socio-demographic variables and/or characteristics of violence.

7. REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Aguar-Fernández, M., Delgado-Sánchez, A., Castellano-Arroyo, M., & del Castillo, J. L. (2006). Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. *Atención Primaria*, 37(4), 241–242.
- Ali, P. A., Dhingra, K. & McGarry, J (2016). A literature review of intimate partner violence and its classifications. *Aggression and violent behavior*, 31, 16–25. doi: 10.1016/j.avb.2016.06.008
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Editorial Médica Panamericana.
- Amor, P. J., & Echeburúa, E. (2010). Claves psicosociales para la permanencia de la víctima en una relación de maltrato Psychosocial Keys for the Permanence of the Victim in an Abusive Relationship. *Clínica Contemporánea*, 1, 97-104. doi: 10.5093/cc2010v1n2a3
- Amor, P., Bohórquez, I. A., & Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? / What physical and psychological price must women pay when staying beside their abusing partner? *Acción Psicológica*, 4, 129–154. doi: 10.5944/ap.4.2.483
- Amor, P. J., Echeburúa, E., De Corral, P., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 167–178. doi: 10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.3913
- Anderson, K. L. (2002). Perpetrator or victim? Relationships between intimate partner violence and well-being. *Journal of Marriage and Family*, 64, 851–863. doi: 10.1111/j.1741-3737.2002.00851.x
- Andrés-Pueyo, A. (2009). La predicción de la violencia contra la pareja. En E.

- Echeburúa, J. Fernández-Montalvo, & P. Corral (Eds.), *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja* (pp. 21–55). Valencia: Centro Reina Sofía.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *126*, 651–680. doi: 10.1037/0033-2909.126.5.651
- Arnold, J. (1988). Do self-ideal discrepancies and global self-esteem amount to the same thing? An empirical investigation. *British Journal of Guidance and Counselling*, *16*, 190–202. doi: 10.1080/03069888808253551
- Bair-Merritt, M. H., Jennings, J. M., Eaker, K., Tuman, J. L., Park, S. M., & Cheng, T. L. (2008). Screening for domestic violence and childhood exposure in families seeking care at an urban pediatric clinic. *The Journal of Pediatrics*, *152*, 734–736. doi: 10.1016/j.jpeds.2008.01.035
- Bair-Merritt, M. H., Lewis-O'Connor, A., Goel, S., Amato, P., Ismailji, T., Jelley, M., ... Cronholm, P. (2014). Primary care-based interventions for intimate partner violence: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, *46*, 188–194. doi: 10.1016/j.amepre.2013.10.001
- Bell, M. E., Goodman, L. a., & Dutton, M. A. (2009). Variations in help-seeking, battered women's relationship course, emotional well-being, and experiences of abuse over time. *Psychology of Women Quarterly*, *33*, 149–162. doi: 10.1111/j.1471-6402.2009.01485.x
- Bogat, G. A., Levendosky, A., & von Eye, A. (2005). The future of research on intimate partner violence: person-oriented and variable-oriented perspectives. *American Journal of Community Psychology*, *36*, 49–70. doi: 10.1007/s10464-005-6232-7
- Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, J.

- A., & Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, *30*, 458–466. doi: 10.1016/j.amepre.2006.01.015
- Botella, L. & Feixas, G. (1998). *La teoría de los constructos personales: Aplicaciones a la práctica psicológica*. Barcelona: Laertes.
- Brown, J., & James, K. (2014). Therapeutic responses to domestic violence in Australia: a history of controversies. *Australian and New Zealand journal of family therapy*, *35*, 169–184. doi: 10.1002/anzf.1053
- Brown, J. B., Lent, B., Brett, P. J., Sas, G., & Pederson, L. L. (1996). Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice. *Family Medicine*, *28*(6), 422–428.
- Butt, T., & Parton, N. (2005). Constructive social work and Personal Construct Theory: the case of psychological trauma. *British Journal of Social Work*, *35*, 793–806. doi: 10.1093/bjsw/bch210
- Calvete, E., Corral, S., & Estévez, A. (2008). Coping as a mediator and moderator between intimate partner violence and symptoms of anxiety and depression. *Violence against Women*, *14*, 886-904. doi: 10.1177/1077801208320907
- Calvete, E., Estévez, A., & Corral, S. (2007). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: cognitive schemas as moderators and mediators. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 791-804. doi: 10.1016/j.brat.2006.07.006
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, *359*, 1331-1336. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08336-8
- Cano Martín, L. M., Berrocoso Martínez, A., Arriba Muñoz, L. D., Bernaldo de Quirós Lorenzana, R., Alamar Provecho, J. D., & Cardo Maza, A. (2010). Prevalencia de violencia de género en mujeres que acuden a consultas

- de atención primaria. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 3, 10–17. doi: 10.4321/S1699-695X2010000100004
- Cascardi, M., & O'Leary, K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 249–259. doi: 10.1007/BF00994617
- Cascardi, M., O'Leary, K. D., Lawrence, E. E., & Schlee, K. A. (1995). Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 616–623. doi: 10.1037/0022-006X.63.4.616
- Cirici, R., Soldevilla, J. M., Ayats, M., Feixas, G., Martín, M. J., Calle, S., & Camps, A. (2008). *Estudi del sistema de constructes en dones víctimes de violència de gènere*. Recuperat de <http://www.recercat.cat/bitstream/handle/2072/15550/RECERCAT%20ROSER%20CIRICI%20RDG%202005.pdf?sequence=1>
- Cirici Amell, R., Soldevilla, J. M., Ayats, M., & Martín, M. J. (2007). *Estudi comparatiu de constructes de dones víctimes de violència de gènere amb dones de característiques similars sense violència: memòria 2007*. Estudi subvencionat per l'Institut Català de les Dones.
- Cirici Amell, R., Querol Viñas, N., & Ripoll Ramos, A. (2010). La consulta sanitaria: ¿un espacio privilegiado para la detección y el abordaje de la violencia de género? *Formación Médica Continuada En Atención Primaria*, 17, 550–559. doi: 10.1016/S1134-2072(10)70213-9
- Claussen, C., Field, N. P., Atkinson, A., & Spiegel, D. (1998). Representations of self in women sexually abused in childhood. *Child Abuse and Neglect*, 22, 997–1004. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00076-3
- Coker, A. L. (2007). Does physical intimate partner violence affect sexual health? A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 8, 149–177. doi:

10.1177/1524838007301162

- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & 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. doi: 10.1016/S0749-3797(02)00514-7
- Compañ, V., Feixas, G., Varlotta-Domínguez, N., Torres-Viñals, M., Aguilar-Alonso, A., Dada, G., & Saúl, L. A. (2010). Cognitive factors in fibromyalgia: the role of self-concept and identity related conflicts. *Journal of Constructivist Psychology*, *24*, 56-77. doi: 10.1080/10720537.2011.530492
- Crofford, L. J. (2007). Violence, stress, and somatic syndromes. *Trauma, Violence & Abuse*, *8*, 299-313. doi: 10.1177/1524838007303196
- Dada, G. (2014). *Los conflictos cognitivos y la construcción del sí mismo y de los otros en los trastornos de la conducta alimentaria. (Tesi doctoral inédita)*. Universitat de Barcelona, Barcelona.
- Dada, G., Feixas, G., Compañ, V., & Montesano, A. (2012). Self-construction, cognitive conflicts, and disordered eating attitudes in young women. *Journal of Constructivist Psychology*, *25*, 37-41. doi: 10.1080/10720537.2012.629117
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Symptom checklist-90-R. Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: National Computer System.
- Desmarais, S. L., Pritchard, A., Lowder, E. M., & Janssen, P. A. (2014). Intimate partner abuse before and during pregnancy as risk factors for postpartum mental health problems. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *14*, 1-12. doi: 10.1186/1471-2393-14-132
- Díaz, F., Feixas, G., Pellungrini, I., & Saúl, L. Á. (2001). Cuando relacionarse

- amenaza la identidad : la fobia social desde un enfoque constructivista. *Boletín de Psicología*, 72, 43–55.
- Dienemann, J., Boyle, E., Baker, D., Resnick, W., Wiederhorn, N., & Campbell, J. (2000). Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues in mental health nursing*, 21, 499–513. doi: 10.1080/01612840050044258
- Doster, J. A. (1985). Marital violence: a personal construct assessment. In F. R. Epting & A. W. Landfield (Eds.), *Anticipating Personal Construct Psychology* (pp. 227–232). Lincoln: Univ. Nebraska Press.
- Dutton, D. G. (2008). My back pages: reflections on thirty years of domestic violence research. *Trauma, Violence & Abuse*, 9(3), 131–43. doi: 10.1177//1524838008319146
- Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A., & Krause, E. D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 955–968. doi: 10.1177/0886260506289178
- Echeburúa, E., De Corral, P., Amor, P. J., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7–19. doi: 10.5944/rppc.vol.2.num.1.1997.3830
- Erbes, C. R. (2000). *Child sexual abuse and the self: Affect and differentiation*. Texas Tech University.
- Erbes, C. R., & Harter, S. L. (1999). Domain-specific cognitive complexity in survivors of child abuse. *Journal of Constructivist Psychology*, 12, 215–238. doi: 10.1080/107205399266082
- Erbes, C. R., & Harter, S. L. (2002). Constructions of abuse: understanding the effects of child sexual abuse. En J. D. Raskin & K. Bridges (Eds.), *Studies*

- in meaning: Exploring constructivist psychology* (pp. 27–48). New York: Pace University Press.
- Eriksson, L., & Mazerolle, P. (2015). A cycle of violence? Examining family-of-origin violence, attitudes, and intimate partner violence perpetration. *Journal of Interpersonal Violence, 30*, 945–964. doi: 10.1177/0886260514539759
- Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Montesano, A., Dada, G., Compañ, V., ... Winter, D. (2013). Efficacy of a dilemma-focused intervention for unipolar depression: study protocol for a multicenter randomized controlled trial. *Trials, 14*, 144. doi: 10.1186/1745-6215-14-144
- Feixas, G., Bados, A., Garcia-Grau, E., Paz, C., Montesano, A., Compañ, V., ... Lana, F. (2016). Dilemma-focused intervention for depression: A multicenter randomized controlled trial with 3-month follow-up. *Depression and Anxiety, 33*, 862-869. doi: 10.1002/da.22510
- Feixas, G., & Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Feixas, G., & Cornejo, J. M. (1996). *Manual de la técnica de rejilla*. Barcelona: Paidós.
- Feixas, G., & Cornejo, J. M. (2002). *RECORD versión. 4.0 Análisis de correspondencias de constructos personales*. Barcelona: Psimedia.
- Feixas, G., de la Fuente, M., & Soldevilla, J. M. (2003). La técnica de rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 8*, 153–172. doi: 10.5944/rppc.vol.8.num.2.2003.3952
- Feixas, G., Erazo-Caicedo, M. I., Harter, S. L., & Bach, L. (2008). Construction of self and others in unipolar depressive disorders: a study using repertory grid technique. *Cognitive Therapy and Research, 32*, 386–400.

doi: 10.1007/s10608-007-9149-7

Feixas, G., Geldschläger, H., & Neimeyer, R. A. (2002). Content analysis of personal constructs. *Journal of Constructivist Psychology, 15*, 1–19. doi: 10.1080/107205302753305692

Feixas, G., Montebruno, C., Dada, G., del Castillo, M., & Compañ, V. (2010). Self construction, cognitive conflicts and polarization in bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 10*(3), 445–457.

Feixas, G., Montesano, A., Compañ, V., Salla, M., Dada, G., Pucurull, O., ... Guardia, J. (2014). Cognitive conflicts in major depression: between desired change and personal coherence. *British Journal of Clinical Psychology, 53*, 369–385. doi: 10.1111/bjc.12050

Feixas, G., Montesano, A., & Paz, C. (2014). Are cognitive conflicts a neglected individual difference? *Personality and Individual Differences, 60*, S26.

Feixas, G., & Saúl, L. A. (2004). The multi-center dilemma project: an investigation on the role of cognitive conflicts in health. *The Spanish Journal of Psychology, 7*, 69–78. doi: 10.1017/S1138741600004765

Feixas, G., Saúl, L. A., & Ávila-Espada, A. (2009). Viewing cognitive conflicts as dilemmas: implications for mental health. *Journal of Constructivist Psychology, 22*, 141–169. doi: 10.1080/10720530802675755

Feixas, G., Soldevilla, J. M., & Montesano, A. (2011). Conference proceedings: Cognitive conflicts: a neglected topic in clinical cognitive psychology? 12th European Congress of Psychology, Istanbul, July 4th-8th.

Feixas, G., & Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia* (3a ed.). Bilbao: Promociones y Publicaciones Universitarias, PPU.

Feldhaus, K. M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H. L., Lowenstein, S. R., & Abbott, J. T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA: Journal of*

- American Medical Association*, 277, 1357–1361. doi: 10.1001/jama.1997.03540410035027
- Fogarty, C. T., & Brown, J. B. (2002). Screening for abuse in Spanish-speaking women. *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice*, 15(2), 101–111.
- 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, 271–289. doi: 10.1177/1524838009334453
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. J., & Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 17(1), 90–95.
- Foran, H. M., Whisman, M. A., & Beach, S. R. H. (2015). Intimate partner relationship distress in the DSM-5. *Family Process*, 54, 48–63. doi: 10.1111/famp.12122
- Fransella, F. (Ed.) (2003). *International handbook of Personal Construct Psychology*. London: Wiley.
- García-Martínez, J. (2008). La conciencia del otro : agresores y víctimas desde una perspectiva constructivista. *Apuntes de Psicología*, 26(2), 361–378.
- García-Martínez, J., Orellana-Ramírez, M. C., & Guerrero-Gómez, R. (2012). Relaciones entre la estructura cognitiva y la intensidad de la sintomatología en dos subgrupos de mujeres maltratadas: un esbozo de tipologías de las víctimas de la violencia contra la pareja. *Acción Psicológica*, 9, 47–60. doi: 10.5944/ap.9.1.436
- García Torrecillas, J. M., Torío Durántez, J., Lea Pereira, M. D. C., García Tirado, M. D. C., & Aguilera Tejero, R. (2008). Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*,

40, 455–461. doi: 10.1157/13126422

Gazmararian, J. A., Petersen, R., Spitz, A. M., Goodwin, M. M., Saltzman, L. E., & Marks, J. S. (2000). Violence and reproductive health: current knowledge and future research directions. *Maternal and Child Health Journal*, 4, 79–84. doi: 10.1023/A:1009514119423

Golding J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99–132. doi: 10.1023/A:1022079418229

González-Guarda, R. M., Peragallo, N., Vasquez, E. P., Urrutia, M. T., & Mitrani, V. B. (2009). Intimate partner violence, depression, and resource availability among a community sample of Hispanic women. *Issues in Mental Health Nursing*, 30, 227–236. doi: 10.1080/01612840802701109

González de Rivera, J. L., de las Cuevas, C., Rodríguez, M., & Rodríguez, F. (2002). *SCL-90-R cuestionario de síntomas [SCL-90-R symptoms inventory]*. Madrid: TEA Ediciones.

González de Rivera, J. L., Derogatis, L. R., De las Cuevas, C., Gracia, R., Rodríguez, F., Henry, M., & Monterrey, A. L. (1989). *The Spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Towson: Clinical Psychometric Research.

Gracia, E. (2004). Unreported cases of domestic violence against women: towards an epidemiology of social silence, tolerance, and inhibition. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 536–537. doi: 10.1136/jech.2003.019604

Graña Gómez, J. L., & Cuenca Montesino, M. L. (2014). Prevalence of psychological and physical intimate partner aggression in Madrid (Spain). A dyadic analysis. *Psicothema*, 26(3), 343–348.

- Graves, K. N., Sechrist, S. M., White, J. W., & Paradise, M. J. (2005). Intimate partner violence perpetrated by college women within the context of a history of victimization. *Psychology of Women Quarterly, 29*, 278-289. doi: 10.1111/j.1471-6402.2005.00222.x
- Green, B. (2004). Personal Construct Psychology and content analysis. *Personal Construct Theory & Practice, 1*(3), 82-91.
- Griffing, S., Ragin, D. F., Morrison, S. M., Sage, R. E., Madry, L., & Primm, B. J. (2005). Reasons for returning to abusive relationships: effects of prior victimization. *Journal of Family Violence, 20*, 341-348. doi: 10.1007/s10896-005-6611-8
- Griffing, S., Ragin, D. F., Sage, R. E., Madry, L., Bingham, L. E., & Primm, B. J. (2002). Domestic violence survivors' self-identified reasons for returning to abusive relationships. *Journal of Interpersonal Violence, 17*, 306-319. doi: 10.1177/0886260502017003005
- Guerrero-Gómez, R., & García-Martínez, J. (2008). Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista-sistémica en casos de violencia contra las mujeres. *Apuntes de Psicología, 26*(2), 269-280.
- Hardison, H. G., & Neimeyer, R. A. (2011). Assessment of personal constructs: features and functions of constructivist techniques. En P. Caputi, L. L. Viney, B. M. Walker, & N. Crittenden (Eds.), *Personal Construct Methodology*. John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK.
- Harter, S. L. (2000). Quantitative measures of construing in child abuse survivors. *Journal of Constructivist Psychology, 13*, 103-116. doi: 10.1080/107205300265900
- Harter, S. L. (2001). Constructivist psychology of child abuse and implications for psychotherapy. *Humanistic Psychologist, 29*, 40-69. doi: 10.1080/08873267.2001.9977007

- Harter, S. L., Alexander, P. C., & Neimeyer, R. A. (1988). Long-term effects of incestuous child abuse in college women: social adjustment, social cognition, and family characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*, 5–8. doi: 10.1037/0022-006X.56.1.5
- Harter, S. L., Erbes, C. R., & Hart, C. C. (2004). Content analysis of the personal constructs of female sexual abuse survivors elicited through repertory grid technique. *Journal of Constructivist Psychology, 17*, 27–43. doi: 10.1080/10720530490250679
- Hegarty, K., Sheehan, M., & Schonfeld, C. (1999). A multidimensional definition of partner abuse: development and preliminary validation of the Composite Abuse Scale. *Journal of Family Violence, 14*, 399–415. doi: 10.1023/A:1022834215681
- Heise, L., & García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. In E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, & R. Lozano (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 87–121). Geneva: World Health Organization.
- Heise, L., & Kotsadam, A. (2015). Cross-national and multilevel correlates of partner violence: an analysis of data from population-based surveys. *The Lancet Global Health, 3*(6), e332-e340.
- Houston, J. (1998). *Making sense with offenders: Personal constructs, therapy and change*. New York: Wiley.
- Hudson, W. W., & McIntosh, S. R. (1981). The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimensions. *Journal of Marriage and Family, 43*, 873–888. doi: 10.2307/351344
- Hussain, N., Sprague, S., Madden, K., Hussain, F. N., Pindiprolu, B., & Bhandari, M. (2013). A comparison of the types of screening tool administration methods used for the detection of intimate partner

- violence: a systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence & Abuse*, 16, 60–69. doi: 10.1177/1524838013515759
- Instituto de Salud Pública (2003). La violencia contra las mujeres considerada como problema de salud pública. Documento de apoyo para la atención a la salud de las mujeres víctimas. *Documentos Técnicos de Salud Pública*, 86.
- Instituto Nacional de la Mujer. (2006). *III Macroencuesta sobre la violencia de las mujeres. Informe de Resultados*. Madrid: Sigma Dos.
- Isomaa, R., Väänänen, J. M., Fröjd, S., Kaltiala-Heino, R., & Marttunen, M. (2013). How low is low? Low self-esteem as an indicator of internalizing psychopathology in adolescence. *Health Education & Behavior*, 40, 392–399. doi: 10.1177/1090198112445481
- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. *Journal of Marriage and Family*, 57, 283–294. doi: 10.2307/353683
- Johnson, M. P. (2006). Conflict and control: gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence against Women*, 12, 1003–1018. doi: 10.1177/1077801206293328
- Johnson, M. P. (2008). *A typology of domestic violence: intimate terrorism, violent resistance, and situational couple violence*. Boston: Northeastern University Press.
- Jones, L., Hughes, M., & Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: a review of the research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2, 99–119. doi: 10.1177/1524838001002002001
- Jordan, C. E. (2004). Intimate partner violence and the justice system: an examination of the interface. *Journal of Interpersonal Violence*, 19, 1412–

1434. doi: 10.1177/0886260504269697
- Keeling, J., & Fisher, C. (2012). Women's early relational experiences that lead to domestic violence. *Qualitative Health Research, 22*, 1559–1567. doi: 10.1177/1049732312457076
- Kelly, G. A. (1955). *The Psychology of Personal Constructs*. New York: Norton.
- Kovářová, M., & Filip, M. (2015). Integrating the differentiated: a review of the personal construct approach to cognitive complexity. *Journal of Constructivist Psychology, 28*, 342–366. doi: 10.1080/10720537.2014.994693
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet, 360*, 1083–1088. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0
- Kury, H., Oberfell-Fuchs, J., & Woessner, G. (2004). The extent of family violence in europe: a comparison of national surveys. *Violence Against Women, 10*, 749–769. doi: 10.1177/1077801204265550
- Labrador-Encinas, F. J., Fernández-Velasco, M. R., & Rincón, P. (2010). Psychopathological characteristics of female victims of intimate partner violence. *Psychology in Spain, 15*, 102–109.
- Laming, C. (2005). A constructivist approach to challenging men's violence against women. *Practice Reflexions, 1*, 53–62. Recuperat de <https://minerva-access.unimelb.edu.au/handle/11343/39422>
- Lane, L. G., & Viney, L. L. (2005). The effects of personal construct group therapy on breast cancer survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*, 284–292. doi: 10.1037/0022-006X.73.2.284
- Leach, C., Freshwater, K., Aldridge, J., & Sunderland, J. (2001). Analysis of repertory grids in clinical practice. *The British Journal of Clinical Psychology, 40*, 225–248. doi: 10.1348/014466501163652

- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de protección integral contra la violencia de género (2004). Recuperat de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- Lindgren Scheffer, M., & Renck, B. (2008). "It is still so deep-seated, the fear": psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *15*, 219–228. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01215.x
- Littleton, H., Axsom, D., & Grills-Taquechel, A. (2009). Sexual assault victims' acknowledgment status and revictimization risk. *Psychology of Women Quarterly*, *33*, 34–42. doi: 10.1111/j.1471-6402.2008.01472.x
- Macias Esparza, L. K. (2017). *Dilemas implicativos y separación psicológica de mujeres en proceso de terminación de una relación violenta* (Tesi doctoral inèdita). Universitat de Barcelona, Barcelona.
- MacMillan, H. L., Wathen, M. C. N., Jamieson, E., Boyle, M., McNutt, L.-A., Worster, A., ... Webb, M. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings. a randomized trial. *JAMA*, *296*, 530–536. doi:10.1001/jama.296.5.530
- Mahoney, M. R. (1991). Legal images of battered women: redefining the issue of separation. *Michigan Law Review*, *90*(1), 1–94.
- Mancini, F. (1992). La paradoja neurótica desde una perspectiva constructivista. *Revista de Psicoterapia*, *3*(12), 77–88.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: translation and validation in university students. *The Spanish Journal of Psychology*, *10*, 458-467. doi: 10.1017/S1138741600006727
- Matheson, F. I., Daoud, N., Hamilton-Wright, S., Borenstein, H., Pedersen, C., & O'Campo, P. (2015). Where did she go? The transformation of self-

- esteem, self-identity, and mental well-being among women who have experienced intimate partner violence. *Women's Health Issues*, 25, 561–569. doi: 10.1016/j.whi.2015.04.006
- Matos, M., Santos, A., Pinheiro, P., & Lourenço, P. (2016). Multiply victimized women: how do they change? *Journal of Constructivist Psychology*, 29(4), 432–446. doi: 10.1080/10720537.2015.1114437
- McCloskey, L. A., Lichter, E., Ganz, M. L., Williams, C. M., Gerber, M. R., Sege, R., ... Herbert, B. (2005). Intimate partner violence and patient screening across medical specialties. *Academic Emergency Medicine*, 12(8), 712–722. doi: 10.1197/j.aem.2005.03.529
- Mears, D. P. (2003). Research and interventions to reduce domestic violence revictimization. *Trauma, Violence & Abuse*, 4, 127–147. doi: 10.1177/1524838002250764
- Mechanic, M. B., Weaver, T. L., & Resick, P. A. (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse: a multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence against Women*, 14, 634–654. doi: 10.1177/1077801208319283
- Medina-Ariza, J., & Barberet, R. (2003). Intimate partner violence in Spain: findings from a national survey. *Violence Against Women*, 9, 302–322. doi: 10.1177/1077801202250073
- Menéndez Álvarez-Dardet, S., Pérez Padilla, J., & Lorence Lara, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosocial Intervention*, 22, 41–53. doi: 10.5093/in2013a6
- Montesano, A., Feixas, G., Erazo-Caicedo, M. I., Saúl, L. A., Dada, G., & Winter, D. (2014). Cognitive conflicts and symptom severity in dysthymia: “I’d

- rather be good than happy". *Salud Mental*, 37, 41–48. doi: 10.17711/SM.0185-3325.2014.006
- Montesano, A., Feixas, G., & Varlotta, N. (2009). Análisis de contenido de constructos personales en la depresión. *Salud Mental*, 32(5), 371–379.
- Montesano, A., López-González, M. A., Saúl, L. A., & Feixas, G. (2015). A review of cognitive conflicts research: a meta-analytic study of prevalence and relation to symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2997–3006. doi: 10.2147/NDT.S91861
- Morejón, A. J. V., García-Bóveda, R. J., & Jiménez, R. V. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247–255.
- Neimeyer, R. A., Baker, K., & Neimeyer, G. J. (1990). The current status of personal construct theory: some psychometric data. En G. Neimeyer & R. A. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct theory I* (pp. 3–22). Greenwich, CT: JAI Press.
- Neimeyer, R. A., Harter, S. L., & Alexander, P. C. (1991). Group perceptions as predictors of outcome in the treatment of incest survivors. *Psychotherapy Research*, 1, 1–11. doi: 10.1080/10503309112331335571
- Nelson, H. D., Nygren, P., McInerney, Y., & Klein, J. (2004). Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the U.S. preventive services. *Annals of Internal Medicine*, 140, 387–396. doi: 10.7326/0003-4819-140-5-200403020-00015
- Norton, L. B., Peipert, J. F., Zierler, S., Lima, B., & Hume, L. (1995). Battering in pregnancy: an assessment of two screening methods. *Obstetrics & Gynecology*, 85, 321–325. doi: 10.1016/0029-7844(94)00429-H
- Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer. (2015). *Macroencuesta de*

violencia de género. Avance de resultados. Madrid.

Organització Mundial de la Salut (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica.* Suiza: Organización Mundial de la Salud.

Organització de les Nacions Unides (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Recuperat de <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/ViolenceAgainstWomen.aspx>

Ortega, E. (2007). Aplicaciones de la técnica repertory grid en el ámbito del marketing. *Investigación y Marketing*, 95, 31–39.

Papadakaki, M., Tzamalouka, G. S., Chatzifotiou, S., & Chliaoutakis, J. (2009). Seeking for risk factors of intimate partner violence (IPV) in a Greek national sample: the role of self-esteem. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 732–750. doi: 10.1177/0886260508317181

Parkinson, G. W., Adams, R. C., & Emerling, F. G. (2001). Maternal domestic violence screening in an office-based pediatric practice. *Pediatrics*, 108(3), E43–e43. doi: 10.1542/peds.108.3.e43

Peled, E., Eisikovits, Z., Enosh, G., & Winstok, Z. (2000). Choice and empowerment for battered women who stay: toward a constructivist model. *The Social Worker*, 45, 9–25. doi: 10.1093/sw/45.1.9

Pence, E., & Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: the Duluth model.* New York: Springer Publishing.

Pereda, N., & Tamarit, J. M. (2013). *Victimología teórica y aplicada.* Barcelona: Editorial Huygens.

Petersen, R., Gazmararian, J., & Andersen Clark, K. (2001). Partner violence: Implications for health and community settings. *Women's Health Issues*, 11, 116–125. doi: 10.1016/S1049-3867(00)00093-1

- Phelan, M. B. (2007). Screening for intimate partner violence in medical settings. *Trauma, Violence & Abuse, 8*, 199–213. doi: 10.1177/1524838007301221
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Jiménez-Martín, J. M., & Hernández-Torres, E. (2009). Validation of the Spanish version of the Index of Spouse Abuse. *Journal of Women's Health, 18*, 499–506. doi:10.1089/jwh.2008.0944
- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., & Hernández-Torres, E. (2008). Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gaceta Sanitaria, 22*, 415–420. doi: 10.1157/13126922
- Plazaola-Castaño, J., & Ruiz Pérez, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina Clínica, 122*, 461–467. doi: 10.1016/S0025-7753(04)74273-6
- Plichta, S. (2007). Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: policy and practice implications. *Trauma, Violence & Abuse, 8*, 226–239. doi: 10.1177/1524838007301220
- Programa de Seguretat contra la Violència Masclista. (2010). *Enquesta de Violència Masclista de Catalunya*.
- Rabin, R. F., Jennings, J. M., Campbell, J. C., & Bair-Merritt, M. H. (2009). Intimate partner violence screening tools. *American Journal of Preventive Medicine, 36*, 439–445.e4. doi: 10.1016/j.amepre.2009.01.024
- Raya Ortega, L., Ruiz Pérez, I., Plazaola Castaño, J., Brun López-Abisab, S., Rueda Lozano, D., García de Vinuesa, L., ... Carmona Molina, M. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una

- mala salud física y psíquica. *Atención Primaria*, 34(3), 117–124. doi: 10.1016/S0212-6567(04)79480-9
- Rehab Measures: Rosenberg Self-Esteem Scale (2014). Recuperat de <http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/DispForm.aspx?ID=1223>
- Renner, W., & Leibetseder, M. (2000). The relationship of personal conflict and clinical symptoms in a high-conflict and a low-conflict subgroup: a correlational study. *Psychotherapy Research*, 10, 321–336. doi: 10.1093/ptr/10.3.321
- Rodriguez, M. A., Bauer, H. M., Mcloughlin, E., & Grumbach, S. K. (1999). Screening and intervention for intimate partner abuse practices and attitudes of primary care physicians. *JAMA: Journal of American Medical Association*, 281, 468–474. doi: 10.1001/jama.282.5.468
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Álvarez-Kindelán, M., Palomo-Pinto, M., Arnalte-Barrera, M., Bonet-Pla, Á., ... Garralón-Ruiz, L. M. (2006). Sociodemographic associations of physical, emotional, and sexual intimate partner violence in spanish women. *Annals of Epidemiology*, 16, 357–363. doi: 10.1016/j.annepidem.2005.03.007
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J. M., Ayuso-Martín, P., & Montero-Piñar, M. I. (2006). 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., Vives-Cases, C., Montero-Piñar, M. I., Escribà-Agüir, V., Jiménez-Gutiérrez, E., & Martín-Baena, D. (2010). Geographical variability in violence against women in Spain. *Gaceta*

- Sanitaria*, 24, 128–135. doi: 10.1016/j.gaceta.2009.10.014
- Sackett, L. A., & Saunders, D. G. (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and Victims*, 14(1), 105–117.
- Sanders, C. K. (2015). Economic abuse in the lives of women abused by an intimate partner: a qualitative study. *Violence Against Women*, 21, 3–29. doi: 10.1177/1077801214564167
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., & De Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad: un estudio exploratorio. *Psicothema*, 19(3), 459–466.
- Saúl, L. A., López-González, M. Á., Feixas, G., Rubio-Garay, F., & Domínguez-Simón, M. J. (2014). Conflictos cognitivos en una muestra comunitaria: un estudio exploratorio. *Anuario de Psicología*, 44(3), 343–359.
- Saúl, L. A., López-González, M. A., Moreno-Pulido, A., Corbella, S., Compañ, V., & Feixas, G. (2012). Bibliometric review of the repertory grid technique: 1998–2007. *Journal of Constructivist Psychology*, 25, 112–131. doi: 10.1080/10720537.2012.651065
- Senra, J., Feixas, G., & Fernandes, E. (2005). Manual de intervención en dilemas implicativos. *Revista de Psicoterapia*, 63–64, 179–201.
- Sewell, K. W. (2003). An approach to post-traumatic stress. En F. Fransella (Ed.), *International handbook of Personal Construct Psychology* (pp. 223–231). London: Wiley.
- Sherin, K. M., Sinacore, J. M., Li, X. Q., Zitter, R. E., & Shakil, A. (1998). HITS: a short domestic violence screening tool for use in a family practice setting. *Family Medicine*, 30, 508–512.
- Smith, P. H., Earp, J. A., & DeVellis, R. (1995). Measuring battering: development of the Women's Experience with Battering (WEB) scale.

- Women's Health*, 1(4), 273–288.
- Sohal, H., Eldridge, S., & Feder, G. (2007). The sensitivity and specificity of four questions (HARK) to identify intimate partner violence: a diagnostic accuracy study in general practice. *BMC Family Practice*, 8, 49. doi: 10.1186/1471-2296-8-49
- Soldevilla, J. M., Feixas, G., Varlotta, N., & Cirici, R. (2014). Characteristics of the construct systems of women victims of intimate partner violence. *Journal of Constructivist Psychology*, 27, 105–119. doi: 10.1080/10720537.2014.879521
- Soldevilla, J. M., & Montesano, A. (2015). Conference proceedings: Implicaciones identitarias del cambio terapéutico. VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica. Granada, Novembre 19th-22th.
- Sprague, S., Goslings, J. C., Hogentoren, C., de Milliano, S., Simunovic, N., Madden, K., & Bhandari, M. (2014). Prevalence of intimate partner violence across medical and surgical health care settings: a systematic review. *Violence against Women*, 20, 118–36. doi: 10.1177/1077801213520574
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: the conflict tactics scales. *Journal of Marriage and Family*, 41, 75–88. doi: 10.2307/351733
- Straus, M. A. (2008). Dominance and symmetry in partner violence by male and female university students in 32 nations. *Children and Youth Services Review*, 30, 252–275. doi: 10.1016/j.childyouth.2007.10.004
- Straus, M. A. (2010). Thirty years of denying the evidence on gender symmetry in partner violence: implications for prevention and treatment. *Partner Abuse*, 1, 332–362. doi: 10.1891/1946-6560.1.3.332

- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. B. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, *17*, 283–316. doi: 10.1177/019251396017003001
- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. (1995). Self-liking and Self-competence as dimensions of global self-esteem: initial validation of a measure. *Journal of Personality Assessment*, *65*(2), 322–342.
- Tafarodi, R. W., & Swann, W. B. (2001). Two-dimensional self-esteem: theory and measurement. *Personality and Individual Differences*, *31*, 653–673. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00169-0
- Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D., & Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence. Prevalence, types, and chronicity in adult women. *American Journal of Preventive Medicine*, *30*, 447-457. doi: 10.1016/j.amepre.2006.01.016
- Trujillo, A. (2016). *Técnica de la rejilla interpersonal: un estudio de validación en población comunitaria. (Tesi doctoral inèdita)*. Universitat de Barcelona, Barcelona.
- Velonis, A. J. (2016). “He never did anything you typically think of as abuse” experiences with violence in controlling and non-controlling relationships in a non-agency sample of women. *Violence against women*, *22*(9), 1031–1054. doi: 10.1177/1077801215618805
- Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Gil-González, D., Torrubiano-Domínguez, J., Rohlf, I., & Escribà-Agüir, V. (2009). Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, *23*, 410–414. doi: 10.1016/j.gaceta.2009.02.007
- Vives-Cases, C., Gil-González, D., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, M. I., & Torrubiano-Domínguez, J. (2010).

- Identifying sociodemographic differences in intimate partner violence among immigrant and native women in Spain: a cross-sectional study. *Preventive Medicine*, 51, 85–87. doi: 10.1016/j.ypmed.2010.03.017
- Von Eye, A., Davidson, W. S., Bogat, G. A., Levendosky, A. A., & DeJonghe, E. (2004). Pathways of suffering. The temporal effects of domestic violence on women's mental health. *Maltrattamento E Abuso All'infanzia*, 6(2), 97–112.
- Walker, B. M., & Winter, D. (2007). The elaboration of personal construct psychology. *Annual Review of Psychology*, 58, 453–477. doi: 10.1146/annurev.psych.58.110405.085535
- Walker, L. E. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54, 21–29. doi: 10.1037/0003-066X.54.1.21
- Walker, L. E. (2006). Battered woman syndrome: Empirical findings. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1087, 142–157. doi: 10.1196/annals.1385.023
- Walker, L. E. (2012). *El síndrome de la mujer maltratada*. Barcelona: Desclée de Brouwer.
- Ward, R. A. (1977). Aging group consciousness: implications in an older sample. *Sociology & Social Research*, 61(4), 496–519.
- Watson, N., & Watts, R. H. (2001). The predictive strength of personal constructs versus conventional constructs: self-image disparity and neuroticism. *Journal of Personality*, 69, 121–145. doi: 10.1111/1467-6494.00138
- Fisch, R., Weakland, J. H., & Watzlawick, P. (1992). *Cambio: formación y solución de los problemas humanos*. Herder Editorial.
- Whitaker, D. J., Haileyesus, T., Swahn, M., & Saltzman, L. S. (2007).

- Differences in frequency of violence and reported injury between relationships with reciprocal and nonreciprocal intimate partner violence. *American Journal of Public Health*, 97, 941-947. doi: 10.2105/AJPH.2005.079020
- Winter, D., & Gournay, K. (1987). Construction and constriction in agoraphobia. *British Journal of Medical Psychology*, 60, 233-244. doi: 10.1111/j.2044-8341.1987.tb02736.x
- Winter, D., Metcalfe, C., & Shoeb, H. (1997). Significant others' construing as a predictor of clients' recovery following brain injury. En P. Denicolo & M. Pope (Eds.), *Sharing Understanding and Practice*. Farnborough: EPCA Publications.
- Winter, D., Sireling, L., Riley, T., Metcalfe, C., Quaite, A., & Bhandari, S. (2007). A controlled trial of personal construct psychotherapy for deliberate self-harm. *Psychology and Psychotherapy*, 80, 23-37. doi: 10.1348/147608306X102778
- World Health Organization (2001). Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization (2013). *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: WHO Document Production Services.
- Yalch, M. M., & Levendosky, A. A. (2015). The influence of interpersonal style on the appraisal of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 31, 2430-2444. doi: 10.1177/0886260515576

8. ANNEXES

ANNEXE 1. Qüestionari sociodemogràfic i de violència

ANNEXE 2. Protocol de la Tècnica de la Graella Interpersonal (TG)

ANNEXE 3. Exemple d'una graella d'una usuària

ANNEXE 4. Llistat d'abreviatures

ANNEXE 5. Llistat de figures i taules

ANNEXE 1. Qüestionari sociodemogràfic i de violència**DADES PERSONALS**

Data de naixement _____

País d'origen _____

Estat Civil:

- 1. Soltera
- 2. Casada/En parella
- 3. Divorciada/Separada
- 4. Vídua

Estudis:

- 1. Primaris
- 2. Secundaris
- 3. FP, Mòduls Formatius o similar.
- 4. Universitaris
- 5. Postgrau
- 6. Altres _____

Professió _____

Situació laboral:

- 1. En actiu
- 2. En atur
- 3. Pensionista
- 4. De baixa
- 5. Altres _____

Té fills/es?

- Sí. Número i edat _____
- No.

DADES SOBRE LA RELACIÓ DE PARELLA

Edat d'inici de la relació _____

Temps de festeig _____

Convivència:

Cohabitem. Temps de cohabitació _____

Si han deixat de cohabitar, quant de temps fa? _____

No cohabitem.

Actualment continua en contacte amb aquesta parella?

Sí.

Especificar l'estat de la relació: cohabiten, són amics, segueixen essent parella però han deixat de cohabitar, etc. _____

No. Des de quan?

En cas de patir o haver patit algun tipus de violència per part de la seva (ex)parella:

Quin tipus d'abusos s'han produït?

Psicològics (desqualificacions, insults, amenaces... a soles o davant d'altres persones).

Físics (empentes, cops, estirar el cabell...).

Sexuals (no tenir en compte les seves preferències, forçar-la a fer algun acte no desitjat...).

Socials (queixes sobre familiars i/o amistats...).

Econòmics (control de les despeses, de la nòmina, obligar a firmar préstecs o avals...).

Ambientals (colpejar/trencar portes/finestres, desordenar calaixos/armaris).

N'ha parlat amb algú?

Sí. Especificar (familiar, amestat, professional...) _____

No.

Ha denunciat el cas a les autoritats?

Sí.

No.

Té alguna ordre d'allunyament?

Sí.

No.

Si l'ha tingut anteriorment, en quin període?

Observacions: _____

ANNEXE 2. Protocol de la Tècnica de la Graella Interpersonal (TG)

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	or											
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
8.												
9.												
10.												
11.												
12.												
13.												
14.												
15.												
16.												
17.												
18.												
19.												

1 = MOLT / 2 = BASTANT / 3 = UNA MICA / 4 = PUNT MIG / 5 = UNA MICA / 6 = BASTANT / 7 = MOLT

ANNEXE 3. Exemple d'una graella d'una usuària

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
	JO	AVIA	FILLA	FILL 1	FILL 2	PARE	MARE	PARELLA	SOGRA	SOGRE	PERSONA NON GRATIA	JO IDEAL
1. Sociable	6	1	1	1	1	1	6	7	2	6	7	2
2. Forta	6	2	7	6	2	2	5	2	6	2	1	3
3. Combativa	3	1	1	1	5	7	5	1	7	1	1	5
4. Feliç	6	2	2	1	5	2	7	7	3	7	7	2
5. Materialista	7	6	7	7	6	5	5	1	6	1	1	7
6. Ambiciosa	6	5	3	5	3	6	5	1	6	1	1	5
7. Egoista	7	7	7	7	6	5	5	1	7	1	1	7
8. Organitzada	6	3	3	7	7	7	2	1	3	1	1	7
9. Controladora	7	5	5	5	3	5	2	1	6	1	1	5
10. Orgullosa	5	5	2	6	2	6	5	1	7	1	1	6
11. Estalviadora	3	1	3	6	6	7	1	1	2	1	1	3
12. Victima	1	2	3	3	5	5	6	7	2	7	7	5
13. Dependent	3	6	6	6	6	6	6	7	2	7	1	3
14. Tranquil·la	7	6	5	5	3	1	3	2	6	2	1	6
15. Sacrificada	2	3	2	3	6	6	6	7	2	7	7	3

1 = MOLT / 2 = BASTANT / 3 = UNA MICA / 4 = PUNT MIG / 5 = UNA MICA / 6 = BASTANT / 7 = MOLT

ANNEXE 4. Llistat d'abreviatures

AAS	<i>Abuse Assessment Screen</i>
APA	<i>American Psychological Association</i>
BAI	Inventari d'Ansietat de Beck
BDI	Inventari de Depressió de Beck
CAS	<i>Composite Abuse Scale</i>
CSMA	Centre de salut mental per adults
CSPC	Sistema de Classificació de Constructes Personals
CTS	<i>Conflict Tactics Scale</i>
CTS2	<i>Conflict Tactics Scale Revised</i>
DI	Dilema/es implicatiu/s
DSM-III	Manual Diagnòstic i Estadístic de Trastorns Mentals (3a edició)
DSM-IV	Manual Diagnòstic i Estadístic de Trastorns Mentals (4a edició)
DSM-5	Manual Diagnòstic i Estadístic de Trastorns Mentals (5a edició)
HITS	<i>Hurts, Insults, Threatens and Screams Scale</i>
IGS	Índex General de Severitat
IPV	<i>Intimate Partner Violence</i>
ISA	<i>Index of Spouse Abuse</i>
ISAF	Escala de violència física de l'ISA
ISAnF	Escala de violència física de l'ISA
MANOVA	Anàlisi multivariant de la variància
NS/NC	No sap/No contesta
OMS	Organització Mundial de la Salut
ONU	Organització de les Nacions Unides
PDI	Percentatge de dilemes implicatius
PVEPF	Percentatge de variància explicada pel primer factor
PVS	<i>Partner Violence Screen</i>
RSES	<i>Rosenberg Self-esteem Scale</i>

SCL-90-R	<i>Symptom CheckList Revised</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCP	Teoria dels Constructes Personals
TEPT	Trastorn per estrès posttraumàtic
TG	Tècnica de la graella interpersonal
VP	Violència de parella
VVP	Víctima/es de violència de parella
WAST	<i>Women Abuse Screening Tool</i>
WEB	<i>Women's Experience with Battering Scale</i>
WHO	<i>World Health Organisation</i>
Z_JI	Discrepància jo-ideal mesurada mitjançant la correlació transformada de Fisher

ANNEXE 5. Llistat de figures i taules

- Figura 1** Exemple de Dilema Implicatiu d'una de les dones víctima de violència de parella inclosa en l'estudi
- Taula 1** Distribució de les variables sociodemogràfiques en les mostres i submostres de l'estudi
- Taula 2** Presència dels diferents tipus de violència en les dones VVP
- Taula 3** Comparació de les variables discretes sociodemogràfiques i clíniques en les submostres del grup de dones VVP
- Taula 4** Comparació de les variables contínues sociodemogràfiques i clíniques en les submostres del grup de dones VVP
- Taula 5** Comparació de les variables discretes sociodemogràfiques i clíniques entre grups de dones VVP i control
- Taula 6** Comparació de mitjanes de les variables contínues sociodemogràfiques i clíniques entre grups de dones VVP i control
- Taula 7** Comparació de mitjanes de les dimensions del SCL-90-R entre grup de VVP i control
- Taula 8** Taula de correlacions entre les variables clíniques, segmentada per grup
- Taula 9** MANOVA de les variables de la Tècnica de la Graella indicadores d'estructura cognitiva
- Taula 10** Regressió logística amb les variables de la Tècnica de la Graella com a predictores del grup de pertinença de les dones de l'estudi
- Taula 11** *Hit Ratio* de la validació creuada de l'agrupació

