

Variables asociadas a abuso físico y psicológico a la pareja

Associated variables with partner physical and psychological abuse

Variáveis associadas a abuso físico e psicológico ao casal

Mónica Fernanda Morales, Trab. Soc.¹, Diana Patricia Montenegro, Trab. Soc.¹, Sandra Yaneth Pulido, Nutr.¹,
Edwin Herazo, MD, MSc², Adalberto Campo-Arias, MD, MSc²

Recibido: Mayo 20 de 2011 • Aceptado: Octubre 10 de 2011

Para citar este artículo: Morales MF, Montenegro DP, Pulido SY, Herazo E, Campo-Arias A. Variables asociadas a abuso físico y psicológico a la pareja. *Revista Ciencias de la Salud* 2011; 9(3): 271-280.

Resumen

El abuso físico y el abuso psicológico representan un problema de salud pública frecuente en mujeres colombianas. No obstante, pocas investigaciones exploran las variables asociadas en mujeres adultas. *Objetivo:* establecer variables psicosociales asociadas a abuso físico y psicológico en mujeres de Bogotá (Colombia). *Materiales y métodos:* se diseñó un estudio analítico transversal. Se solicitó la participación de mujeres adultas con pareja de estrato socioeconómico bajo. Se aplicaron las escalas: Apgar familiar (disfunción familiar), Escala de Rosenberg (autoestima), Cuestionario General de Salud (GHQ-12, trastornos mentales comunes) e Índice de Abuso a la Pareja (*Index of Spouse Abuse*, ISA-8, ISA-F e ISA-P). Mediante regresión logística se ajustaron las variables psicosociales asociadas al abuso físico y al abuso psicológico. *Resultados:* participaron 292 mujeres. La media para la edad fue 33,0 años (DE = 9,23). La prevalencia de baja autoestima fue del 29,1%; de disfunción familiar, del 82,5%; de trastornos mentales comunes, del 73,6%; de abuso psicológico, del 68,5% y de abuso físico, del 70,2%. Los trastornos mentales comunes (OR = 4,0; IC 95% 2,2-7,5), baja autoestima (OR = 2,4; IC 95% 1,2-4,7) y disfunción familiar (OR = 2,3; IC 95% 1,1-4,8) se asociaron a abuso psicológico; y baja autoestima (OR = 2,6; IC 95% 1,4-5,0) y trastornos mentales comunes (OR = 2,4; IC 95% 1,4-4,3) a abuso físico. *Conclusiones:* es alta la frecuencia de maltrato conyugal en mujeres de estrato socioeconómico bajo de Bogotá. El trastorno mental común y la baja autoestima se asocian a abuso psicológico y a abuso físico.

Palabras clave: *maltrato conyugal, mujeres, epidemiología, prevalencia, estudios transversales.*

¹ Universidad Colegio Mayor de Cundinamarca, Colombia.

² Grupo de Investigación del Comportamiento Humano, Instituto de Investigación del Comportamiento Humano, Bogotá, Colombia. Correo electrónico campoarias@comportamientohumano.org

Abstract

Physical and psychological abuse (spouse abuse) are a common public health problem in women of Colombia. However, few investigations explore the variables associated in adult women. *Objective:* To establish psychosocial variables associated with spouse abuse in women in situations of vulnerability Bogotá, Colombia. *Materials and methods:* A cross-sectional study was designed in which participated of adult women with a current partner dwelling in low socioeconomic status. It was applied the scales: family Apgar (family dysfunction), Rosenberg Scale (self-esteem), General Health Questionnaire (GHQ-12, common mental disorders) and Index of Spouse Abuse (physical abuse, ISA-F and; psychological abuse, ISA-P). Logistic regression was used to adjust associated variables with physical abuse and psychological abuse. *Results:* A total of 292 women participated. The mean age was 33.0 years (SD = 9.23) and for schooling, 6.7 years (SD = 2.8). The prevalence of 29.1% low self-esteem, family dysfunction was 82.5% of common mental disorders, 73.6%, psychological abuse, 68.5% and physical abuse, 70.2%. Common mental disorders (OR = 4.0, 95% CI 2.2-7.5), low self-esteem (OR = 2.4, 95% CI 1.2-4.7) and family dysfunction (OR = 2.3, 95% IC 1.1-4.8%) were associated with psychological abuse and low self-esteem (OR = 2.6, 95% CI 1.4-5.0) and; common mental disorders (OR = 2.4, 95% CI 1.3-4.4) with physical abuse. *Conclusions:* It is high the frequency of physical abuse and psychological abuse (spouse abuse) among women of low socioeconomic status of Bogotá. Common mental disorders and low self-esteem are associated with spouse abuse.

Key words: spouse abuse, women, epidemiology, prevalence, cross-sectional studies.

Resumo

O abuso físico e o abuso psicológico representam um problema de saúde pública frequente em mulheres colombianas. Não obstante, poucas pesquisas exploram as variáveis associadas em mulheres adultas. *Objetivo:* estabelecer variáveis psicossociais associadas a abuso físico e psicológico em mulheres de Bogotá, Colômbia. *Materiais e métodos:* criou-se um estudo analítico transversal. Solicitou-se a participação de mulheres adultas com cônjuge de estrato sócio-econômico baixo. Aplicaram-se as escalas: APGAR (disfunção familiar), escala de Rosenberg (auto-estima), Questionário de Saúde Geral (GHQ-12, transtornos mentais comuns) e Index of Spouse Abuse (ISA-8, ISA-F e ISA-P). Mediante regressão logística se ajustaram a variáveis psicossociais associadas ao abuso físico e ao abuso psicológico. *Resultados:* participaram 292 mulheres. A média para a idade foi 33,0 anos (DE=9,23). A prevalência de baixa auto-estima de 29,1%, de disfunção familiar foi 82,5%; de transtornos mentais comuns, 73,6%; de abuso psicológico, 68,5% e de abuso físico, 70,2%. Os transtornos mentais comuns (OR=4,0; IC95% 2,2-7,5), baixa auto-estima (OR=2,4; IC95% 1,2-4,7) e disfunção familiar (OR=2,3; IC95% 1,1-4,8) se associaram a abuso psicológico; e baixa auto-estima (OR=2,6; IC95% 1,4-5,0) e transtornos mentais comuns (OR=2,4; IC95% 1,4-4,3) a abuso físico. *Conclusões:* é alta a frequência de abuso conjugal em mulheres de estrato sócio-econômico baixo de Bogotá. Transtorno mental comum e baixa auto-estima se associam a abuso psicológico e abuso físico.

Palavras chave: abuso conjugal, mulheres, epidemiologia, prevalência, estudos transversais.

Alrededor del mundo, el abuso psicológico y el abuso físico por parte de la pareja (maltrato conyugal: lesiones físicas y emocionales intencionales y repetitivas al cónyuge) afectan a un número importante de mujeres y constituyen un problema de salud pública debido a las consecuencias desfavorables en la integridad física y mental de las mujeres víctimas (1).

En mujeres, la prevalencia de abuso psicológico y abuso físico por parte de la pareja cambia según las características de las participantes, el contexto de la revisión y la forma de evaluación-medición. Kolbrun observó que las mujeres refirieron con mayor frecuencia abuso físico mediante entrevista y abuso psicológico, y con el uso de cuestionarios autodilenciados informaron abuso sexual (2). Por ejemplo, en población general, Ortega-Ceballos et ál. mostraron que el 42,3% de mujeres trabajadoras en México informó algún tipo de violencia por parte de la pareja (3), y Zarza y Froján documentaron que el 33,2% de una muestra de mujeres refirió violencia por parte de la pareja masculina y el 31,2% señaló que la violencia era bidireccional (4). Por su parte, Ahmad et ál. hallaron que el 14,6% de las mujeres que consultaron a medicina familiar comunicaron algún tipo de violencia en la relación de pareja (5). Así mismo, Schluter et ál. señalaron que el 86% de mujeres residentes en comunidad fueron víctimas de violencia verbal y el 43,0% de algún tipo de violencia física (6).

El abuso psicológico y el abuso físico por parte de la pareja son un problema complejo que se asocia a diferentes condicionantes, factores o variables (3, 4, 7, 8). El maltrato conyugal tiene consecuencias para la salud física y emocional de las víctimas (9-12). En otras investigaciones, se observó que la baja autoestima, la disfunción familiar y la presencia de trastornos mentales comunes se relacionaban con abuso psicológico y abuso físico por parte

de la pareja (9, 13-15). Las asociaciones parecen ser bidireccionales y, en la mayoría, de los casos complejas (16).

En Colombia, no se cuenta con información de la prevalencia de maltrato conyugal en población general. Los datos disponibles son los suministrados por el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses que registró 61.139 casos de abuso conyugal durante el año 2009; en el 88,6%, las víctimas fueron mujeres (17). El abuso psicológico y el abuso físico por parte de la pareja explican un número importante de consultas a los servicios ambulatorios y de urgencia (5-18). Y, en muchos casos, el abuso físico conyugal da cuenta de una cifra significativa de muertes de mujeres en todo el mundo (19). Este tipo de abusos se presenta en todos los estratos socioeconómicos. No obstante, parece que las mujeres en condiciones socioeconómicas menos favorecidas son víctimas con mayor frecuencia de abuso psicológico y abuso físico por parte de la pareja, con especiales implicaciones desde la perspectiva de salud pública (20).

Usualmente, en los servicios médicos de atención primaria se pierden oportunidades para identificar y manejar integralmente los casos de mujeres víctimas de abuso psicológico y abuso físico por parte de la pareja (18). Por ello, una mayor información sobre abuso psicológico y físico en población general colombiana ayudaría a la comprensión del problema, al diseño de intervenciones preventivas y a la identificación temprana de posibles casos (16).

El objetivo de esta investigación fue explorar la prevalencia de abuso psicológico y de abuso físico por parte de la pareja, y algunas variables asociadas (autoestima, funcionamiento familiar y trastorno mental común) en mujeres residentes en áreas de estrato socioeconómico bajo de Bogotá (Colombia).

Materiales y métodos

Se diseñó un estudio analítico transversal que aprobó un comité de ética. Las mujeres que participaron consintieron después de conocer los objetivos de la investigación y que esta representaba un riesgo mínimo, según las normas colombianas para la investigación en salud (21).

Se estimó una muestra de 290 mujeres, para una prevalencia esperada del 25% de abuso psicológico o abuso físico, con un margen de error del 5% y un error alfa del 5%. La muestra era suficiente para explorar por lo menos cinco asociaciones con intervalos de confianza relativamente estrechos. Se incluyeron en la investigación mujeres en situación de vulnerabilidad, entendida como la susceptibilidad a enfrentar fenómenos perturbadores o peligrosos relacionados con las condiciones de vida asociada a la situación socioeconómica (22), dado que se tuvieron en cuenta en la investigación mujeres residentes en estrato I y II, según la clasificación en uso en Colombia para el pago de los servicios públicos de un barrio en una localidad al sur de Bogotá.

Las participantes se entrevistaron en la casa. Se preguntó información demográfica básica y se aplicaron la escala de Rosenberg para autoestima (23), la escala de Apgar familiar (24), el cuestionario general de salud (GHQ-12) que permite identificar trastornos mentales comunes (25) y una versión de ocho ítems del Índice para Abuso de la Pareja (*Index of Spouse Abuse*, ISA-8) (26).

La escala de Rosenberg para autoestima es un instrumento que consta de 10 puntos que cuantifica la autovaloración durante el último mes. Se aplicó la versión dicotómica que da un punto a las respuestas sugestivas de alta autoestima. Se calificaron como baja autoestima las puntuaciones inferiores a ocho (23).

La escala de Apgar familiar es un cuestionario de cinco preguntas que estima el funciona-

miento familiar durante los últimos seis meses. Se usó una versión politómica, con cuatro opciones de respuesta, que da puntuaciones de cero o cuatro. Las puntuaciones menores a 16 sugieren disfunción familiar (24).

El cuestionario general de salud es una escala de 12 puntos que mide síntomas depresivos y de ansiedad durante el último mes. La presencia de puntuaciones altas sugiere síntomas que pueden tener importancia clínica, es decir, que ameritan una evaluación clínica formal para descartar o confirmar un trastorno de ansiedad o un trastorno depresivo. A este conjunto de síntomas con importancia clínica se les conoce como trastornos mentales comunes y no es una categoría clínica diagnóstica oficial. El cuestionario muestra cuatro opciones de respuesta a cada pregunta y da puntuaciones entre 0 y 36. Las puntuaciones a partir de 11 sugieren la presencia de trastorno mental común (25).

Para cuantificar la presencia de abuso psicológico y abuso físico, se empleó una versión de ocho ítems del Índice para Abuso de la Pareja (ISA-8). La escala consta de una subescala de cuatro ítems para abuso psicológico (1, 3, 7, 8) (ISA-P) y otra para abuso físico (2, 4, 5, 6) (ISA-F). Las subescalas tienen un patrón de respuesta dicotómico que da un punto a cada respuesta afirmativa. Una respuesta afirmativa en cada una de las subescalas sugiere abuso psicológico o abuso físico (26).

Los datos se analizaron en el programa Stata 9.0 (27). En el análisis descriptivo, se determinaron frecuencias y porcentajes, y medias y desviación estándar (DE). Para el análisis bivariado, se dicotomizaron todas las variables. Se realizó análisis separado para abuso psicológico y para abuso físico (se tomaron como variables independientes) y se calcularon razones de desventajas (OR) con intervalos de confianza del 95% (IC 95%). Mediante regresión logística no condicional, se ajustaron las asociaciones. Para este procedimiento, se siguieron las recomen-

daciones de Greenland (28). Al modelo final se le estimó la bondad del ajuste con la prueba de Hosmer-Lemeshow (29).

Resultados

Participaron 292 mujeres en edades entre 18 y 64 años, media de 33,0 (DE = 9,2). La escolaridad se observó entre 0 y 11 años de educación formal, media de 6,7 (DE = 2,8). En relación con el número de hijos, las mujeres informaron

contar entre 0 y 8 hijos, media 2,4 (DE = 1,3). Las puntuaciones en la escala de Rosenberg para autoestima se encontraron entre 1 y 10, media de 6,0 (DE = 1,4); en la escala de Apgar familiar entre 0 y 20, media de 11,4 (DE = 4,7); en el GHQ-12 entre 0 y 22, media de 13,3 (DE = 5,4); en la ISA-P entre 0 y 4, media de 1,6 (DE = 1,5); y en la ISA-F entre 0 y 4, media de 1,4 (DE = 1,3). En la tabla 1, se muestran los resultados en forma de categorías.

Tabla 1. Características demográficas de 292 mujeres residentes en Bogotá

| Variable | n | % |
|-------------------------------------|-----|------|
| Menor de 40 años | 228 | 78,1 |
| Mayor escolaridad (entre 6-11 años) | 178 | 61,0 |
| Número de hijos (entre 0 y 2) | 159 | 54,5 |
| Baja autoestima | 85 | 29,1 |
| Disfunción familiar | 241 | 82,5 |
| Trastorno mental común | 215 | 73,6 |
| Abuso psicológico | 200 | 68,5 |
| Abuso físico | 205 | 70,2 |

En lo concerniente al desempeño psicométrico de las escalas, la escala de Rosenberg mostró consistencia interna de 0,604; el cuestionario general de salud de 0,780; la escala de Apgar familiar de 0,875; la ISA-P de 0,761 y la ISA-F de 0,606. El

análisis bivariado se presenta en las tablas 2 y 3. Entre abuso psicológico y abuso físico no hubo asociación (OR = 1,63; IC 95% 0,96-2,75). El ajuste de las variables asociadas a abuso psicológico y a abuso físico se expone en las tablas 4 y 5.

Tabla 2. Asociaciones entre las variables estudiadas y abuso psicológico

| Variable | OR | IC 95% |
|-------------------------------------|------|------------|
| Menor de 40 años | 1,99 | 1,12-3,53 |
| Mayor escolaridad (entre 6-11 años) | 1,15 | 0,69-1,90 |
| Número de hijos (entre 0 y 2) | 2,18 | 1,32-3,60 |
| Baja autoestima | 1,89 | 1,05-3,40 |
| Disfunción familiar | 3,72 | 1,99-6,95 |
| Trastorno mental común | 5,92 | 3,37-10,40 |

Tabla 3. Asociaciones entre las variables estudiadas y abuso físico

| Variable | OR | IC 95 % |
|-------------------------------------|------|-----------|
| Menor de 40 años | 1,57 | 0,88-2,82 |
| Mayor escolaridad (entre 6-11 años) | 1,61 | 0,97-2,68 |
| Número de hijos (entre 0 y 2) | 1,73 | 1,05-2,88 |
| Baja autoestima | 2,49 | 1,33-4,66 |
| Disfunción familiar | 1,36 | 0,72-2,58 |
| Trastorno mental común | 2,61 | 1,51-4,51 |

Tabla 4. Modelo multivariado para abuso psicológico

| Variable | OR | IC 95 % |
|-------------------------------|------|-----------|
| Trastorno mental común | 4,02 | 2,16-7,49 |
| Baja autoestima | 2,40 | 1,22-4,74 |
| Disfunción familiar | 2,26 | 1,07-4,76 |
| Número de hijos (entre 0 y 2) | 1,79 | 1,02-3,13 |

Prueba de la bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow $X^2 = 4,11$; grados de libertad = 7; $p = 0,533$.

Tabla 5. Modelo multivariado para abuso físico

| Variable | OR | IC 95 % |
|-------------------------------------|------|-----------|
| Baja autoestima | 2,61 | 1,37-5,02 |
| Trastorno mental común | 2,39 | 1,34-4,25 |
| Mayor escolaridad (entre 6-11 años) | 1,53 | 0,88-2,66 |
| Número de hijos (entre 0 y 2) | 1,48 | 0,85-2,60 |

Prueba de la bondad de ajuste de Hosmer-Lemeshow $X^2 = 12,40$; grados de libertad = 9; $p = 0,088$.

Discusión

En el presente estudio, se observó que aproximadamente el 70% de las mujeres participantes puntuó para abuso psicológico o abuso físico. Se encontraron diferencias en las variables y las fortalezas de las asociaciones. La aparición de trastorno mental común, baja autoestima y disfunción familiar se asoció a abuso psicológico;

y baja autoestima y trastorno mental común se relacionaron con abuso físico.

En este análisis, se halló que el 68,5% de las mujeres informaron abuso psicológico y el 70,2%, abuso físico. Los datos son superiores a los que presentaron otros estudios. La prevalencia de abuso psicológico y de abuso físico varía ampliamente según la población que

participó en el estudio, contexto y país, y la forma cómo se identificaron los casos de abuso psicológico y de abuso físico; las prevalencias observadas previamente se encontraron entre el 14,6 y 63,0%; no obstante, estas alcanzaron el 86,0%, al incluir la violencia verbal (3-6, 14, 20, 30-33).

En la investigación, se observó que la baja autoestima se relacionó tanto para abuso psicológico como para abuso físico. Los datos son consistentes con estudios precedentes. Edemudia observó que el autoconcepto de las mujeres cambiaba negativamente con la experiencia de violencia conyugal (15).

Este estudio dio cuenta de que la presencia de trastorno mental común mostró asociación a abuso psicológico y a abuso físico. La fortaleza de la asociación fue, casi dos veces, mayor que para abuso psicológico. Esta observación es concordante con análisis previos que informaron que las personas víctimas de violencia conyugal presentaron un deterioro importante en la calidad de vida (34) y una mayor probabilidad de padecer de trastornos depresivos y de ansiedad (9, 12, 14).

En relación con el funcionamiento familiar, se observó que la disfunción familiar se asoció a abuso psicológico y no se relacionó significativamente con abuso físico. Este hallazgo es similar a estudios precedentes; Heru et ál. mostraron que el pobre funcionamiento familiar se asoció a abuso físico y abuso psicológico tanto en mujeres como en varones; no obstante, en un análisis estratificado notaron que el pobre funcionamiento familiar se relacionó significativamente con la presencia de abuso psicológico (13).

En este estudio, se halló asociación entre el número de hijos y abuso psicológico; sin embargo, el número de hijos no se relacionó con abuso físico. Los hallazgos previos son contradictorios. Zarza y Froján encontraron

que el número de hijos no se correlacionó con el grado de violencia física en toda la relación y con el tiempo que transcurrió en la relación para el primer evento de abuso emocional o verbal (4). Mientras que Stueve y O'Donnell mostraron que tener hijos en crianza no se asoció ni a abuso emocional ni a abuso físico (31).

En el contexto mundial, el abuso psicológico y el abuso físico son un problema de salud pública con consecuencias negativas en la salud física y mental de las mujeres (1). Las mujeres víctimas de abuso psicológico o de abuso físico consultan con más frecuencia a los servicios de salud por diferentes síntomas somáticos y por enfermedades cardiovasculares, neoplasias y de muerte prematura, no solo por las lesiones físicas, sino por el impacto negativo de la violencia conyugal como estresor crónico (19, 35-38).

Es necesario buscar en forma activa la presencia de abuso psicológico y de abuso físico en mujeres residentes en áreas de estrato socioeconómico bajo. Del mismo modo, tratar de identificar de manera apropiada a los hombres que ejercen violencia conyugal (38). El maltrato conyugal se presenta en todos los estratos; no obstante, las mujeres en situación de vulnerabilidad muestran mayor probabilidad de ser víctimas. Existe relación entre bajo nivel educativo en el agresor y violencia conyugal (4). Así mismo, las mujeres con menor nivel de educación son mayoritariamente víctimas de maltrato conyugal (14), mueren con más frecuencia por causa de violencia y en menor número presentan una denuncia ante las autoridades legales (8). Sin duda, un conjunto de normas sociales y valores culturales compartidos por las víctimas, las parejas y el entorno social explican este hecho (39).

Un hallazgo importante de esta investigación es mostrar que las variables relacionadas con abuso psicológico y abuso físico son diferentes, así como las fortalezas de la asociación; hasta la

fecha no se había investigado en una muestra de mujeres de la población general de Bogotá. Sin embargo, el análisis tiene la limitación propia de los estudios transversales que no indican la dirección de la asociación; en él solo participaron mujeres residentes en áreas de estrato socioeconómico bajo (40, 41); y, además, se presenta dificultad para cuantificar constructos tan sensibles como el abuso psicológico y el abuso físico mediante la aplicación de una escala (42).

Se concluye que es alta la frecuencia de abuso físico y de abuso psicológico en mujeres

de estrato socioeconómico bajo de Bogotá (Colombia). Los trastornos mentales comunes y la baja autoestima se asocian a abuso psicológico y a abuso físico. Se necesita mayor investigación sobre otras posibles variables relacionadas con abuso psicológico y abuso físico en mujeres colombianas, al igual que diseñar intervenciones preventivas de todo tipo de abuso, identificar tempranamente los posibles casos y dar el manejo físico, psicológico y social.

Agradecimientos

El Instituto de Investigación del Comportamiento Humano financió la participación de los doctores Adalberto Campo-Arias y Edwin Herazo en esta investigación.

Referencias

1. Valdez-Santiago R, Ruiz-Rodríguez M. Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como un problema de salud pública? *Salud Publica Mex* 2009;51:505-11.
2. Kolbrun E. Detecting partner abuse within clinical settings: self-report or interview. *Scan J Caring Sci* 2010;24:224-32.
3. Ortega-Ceballos PA, Mudgal J, Flores Y, Rivera-Rivera L, Díaz-Montiel JC, Salmerón J. Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS Morelos. *Salud Publica Mex* 2007;49:357-66.
4. Zarza MJ, Froján MX. Estudio de violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos. *An Psicol* 2005;21:18-26.
5. Ahmad F, Hodd-Johnson S, Stewart DE, Levinson W. Violence involving intimate partners: prevalence in Canadian family practice. *Can Fam Physician* 2007;53:461-8.
6. Schluter PJ, Paterson J, Feehan M. Prevalence and concordance of interpersonal violence reports from intimate partners: findings from the Pacific Islands Families Study. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:625-30.
7. Rey C. Rasgos sociodemográficos e historia de maltrato en familia de origen, de un grupo de hombres que han ejercido violencia hacia su pareja, y de un grupo de mujeres víctimas de este tipo de violencia. *Rev Colomb Psicol* 2002;11:81-90.
8. Vives-Caces C, Álvarez-Dardet C, Carrasco-Portiño M, Torrubiano-Domínguez J. Impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. *Gac Sanit* 2007;21:242-6.
9. Rodríguez MA, Heilemann MV, Fielder E, Ang A, Nevarez F, Mangione CM. Intimate partner violence, depression, and PTSD among pregnant Latina women. *Ann Fam Med* 2008;6:44-52.
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Adverse health conditions and health risk behaviors associated with intimate partner violence--United States, 2005. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2008;57:113-7.

11. Nguyen DV, Ostergren PO, Krantz G. Intimate partner violence against women in rural Vietnam—different socio-demographic factors are associated with different forms of violence: need for new intervention guidelines? *BMC Public Health* 2008;8:55.
12. Contreras-Pezzotti LM, Arteaga-Medina J, Latorre JF, Folino JO, Campo-Arias A. Association between intimate partner violence and posttraumatic stress disorder: A case-control study. *Rev Colomb Psiquiatr* 2010;39:85-92.
13. Heru AM, Stuart GL, Recupero PR. Family functioning in suicidal in patients with intimate partner violence. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2007;9:413-18.
14. Hegarty K, Gunn J, Chondros P, Taft A. Physical and social predictors of partner abuse in women attending general practice: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract* 2008;58:484-7.
15. Edemudia ES. Self-concepts and demographic characteristics of battered women in Gauteng, South Africa. *Curationis* 2009;32:45-51.
16. Lindhost T, Tajima E. Reconceptualizing and operationalizing context in survey on intimate partner violence. *J Interpers Violence* 2008;23:362-88.
17. Carreño PA. Violencia intrafamiliar. Colombia, 2009. Niños, niñas, adolescentes y mujeres, las víctimas de la violencia intrafamiliar. *Forensis* 2010;11:113-58.
18. Perciaccante VJ, Carey JW, Susarla SM, Dodson TB. Markers for intimate partner violence in the emergency department setting. *J Oral Maxillofac Surg* 2010;68:1219-24.
19. Daugherty JD, Houry DE. Intimate partner violence screening in the emergency department. *J Postgrad Med* 2008;54:301-5.
20. O'Donnell L, Agronick G, Duran R, Myint-U A, Stueve A. Intimate partner violence among economically disadvantaged young adult women: associations with adolescent risk-taking and pregnancy experiences. *Perspect Sex Reprod Health* 2009;41:84-91.
21. Resolución 8430, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Bogotá: Ministerio de Salud de Colombia; 1993.
22. Álvarez JR. Significados, categorías de análisis y posibilidades interpretativas del concepto de vulnerabilidad. *Rev Fac Trab Social UPB* 2010;26:142-59.
23. Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press; 1965.
24. Smilkstein G. The family Apgar: a proposal or a family function test and its use by physician. *J Fam Pract* 1978;6:1231-9.
25. Goldberg DP, Oldehinkel T, Ormel J. Why GHQ threshold varies from one place to another. *Psychol Med* 1998;28:915-21.
26. Hudson WW, McIntosh SR. The assessment of spouse abuse: Two quantifiable dimensions. *J Marriag Fam* 1981;43:873-88.
27. Stata 9.0. College Station: Stata Corporation; 2005.
28. Greenland S. Modeling and variable selection in epidemiologic analysis. *Am J Public Health* 1989;79:340-9.
29. Hosmer DW, Taber S, Lemeshow S. The importance of assessing the fit of logistic regression models: a case study. *Am J Public Health* 1991;81:1630-5.
30. Stueve A, O'Donnell L. Urban young women's experiences of discrimination and community violence and intimate partner violence. *J Urban Health* 2008;85:386-401.
31. Le Franc E, Samms-Vaughan M, Hambleton I, Fox K, Brown D. Interpersonal violence in three Caribbean countries: Barbados, Jamaica, and Trinidad and Tobago. *Rev Panam Salud Publica* 2008;24:409-21.

32. Straus H, Cerulli C, McNutt LA, Rhodes KV, Conner KR, Kemball RS et al. Intimate partner violence and functional health status: associations with severity, danger, and self-advocacy behaviors. *J Womens Health* 2009;18:625-31.
33. Chang JC, Cluss PA, Burke JG, Hawker L, Dado D, Goldstrohm S et al. Partner violence screening in mental health. *Gen Hosp Psychiatry* 2011;33:58-65.
34. Wittenberg E, Joshi M, Thomas KA, McCloskey LA. Measuring the effect of intimate partner violence on health-related quality of life: a qualitative focus group study. *Health Qual Life Outcomes* 2007;5:67.
35. Eberhard-Gran M, Schei B, Sskild A. Somatic symptoms and diseases are more common in women exposed to violence. *J Gen Intern Med* 2007;22:1668-73.
36. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, Felitti VJ, Edwards VJ, Croft JB et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med* 2009;37:389-96.
37. Brown DW, Anda RF, Felitti VJ, Edwards VJ, Malarcher AM, Croft JB et al. Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. *BMC Public Health* 2010;10:20.
38. Jaeger JR, Spielman D, Cronholm PE, Applebaum S, Holmes WC. Screening male primary care patients for intimate partner to violence perpetration. *J Gen Intern Med* 2008;23:1152-6.
39. Agoff C, Rajsbaum A, Herrera C. Perspectivas de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Salud Publica Mex* 2006; 48 (supl. 2):S307-14.
40. Grimes DA, Schulz KF. Bias and causal association in observational research. *Lancet* 2002;359:248-52.
41. Swaen G, van Amelsvoort L. A weight of evidence approach to causal inference. *J Clin Epidemiol* 2009;62:270-77.
42. Ruiz-Perez I, Plazaola-Castaño J, Vives-Caces C. Methodological issues in the study of violence against women. *J Epidemiol Community Health* 2007;61:26-31.