



Anuario de Psicología Jurídica  
ISSN: 1133-0740  
ISSN: 2174-0542  
Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

Rizo-Martínez, Lucía-Ester; Dueñas-Moreno, Lizeth; Santoyo-Telles, Felipe  
El Síndrome de Estocolmo en Mujeres Mexicanas Víctimas de Violencia de Pareja  
Anuario de Psicología Jurídica, vol. 30, 2020, pp. 55-62  
Colegio Oficial de la Psicología de Madrid

DOI: <https://doi.org/10.5093/apj2019a16>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315062345008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

  
Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



## El Síndrome de Estocolmo en Mujeres Mexicanas Víctimas de Violencia de Pareja

Lucía-Ester Rizo-Martínez, Lizeth Dueñas-Moreno y Felipe Santoyo-Telles

Universidad de Guadalajara, Ciudad Guzmán, Jalisco, México

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

*Historia del artículo:*

Recibido el 24 de junio de 2019  
Aceptado el 31 de octubre de 2019  
Online el 25 de noviembre de 2019

*Palabras clave:*

Síndrome de Estocolmo  
Violencia de pareja  
Mujeres  
México

### R E S U M E N

El objetivo de este estudio fue indagar la presencia de síndrome de Estocolmo en mujeres mexicanas víctimas de violencia de pareja. Participaron 239 mujeres divididas en dos grupos: mujeres universitarias solteras que reportaron algún tipo de violencia de pareja ( $n = 164$ ) y mujeres que cohabitaban o habían cohabitado con su pareja y que realizaron alguna denuncia por violencia de pareja ( $n = 75$ ). Se aplicó un cuestionario demográfico, una escala de violencia de pareja y una escala de síndrome de Estocolmo. La magnitud de la violencia de pareja fue moderada para el primer grupo, mientras que para el segundo grupo fue muy elevada. Los resultados evidenciaron un mayor promedio del síndrome de Estocolmo en el segundo grupo comparado con el primero. La escala de síndrome de Estocolmo se correlacionó en mayor medida con la violencia psicológica en el primer grupo y con violencia sexual en el segundo. Se discuten los resultados y sus implicaciones.

### Stockholm syndrome in Mexican women victims of intimate partner violence

### A B S T R A C T

The objective of this study was to investigate the presence of Stockholm syndrome in Mexican women victims of intimate partner violence. Two hundred and thirty-nine women divided into two groups participated: single university women who reported some type of intimate partner violence ( $n = 164$ ), and women who cohabited or had cohabited with their partner and who had reported intimate partner violence ( $n = 75$ ). A demographic questionnaire, a scale of partner violence, and a scale of Stockholm syndrome were applied. The magnitude of the violence was moderate for the first group, while for the second group it was high. The results showed highest scores of Stockholm syndrome for the second group compared to the first. The Stockholm syndrome scale was correlated to a greater extent with psychological violence in the first group and with sexual violence in the second. The results and their implications are discussed.

Estudios internacionales han reportado que la violencia de pareja es el tipo más común de violencia contra las mujeres, afectando aproximadamente al 30% de éstas (García-Moreno et al., 2013) y a alrededor de un 46% de mujeres mayores de 15 años en México (Instituto Nacional de Estadística y Geografía – INEGI, 2012). Sin embargo, a pesar de la magnitud de la problemática y de la evidencia de sus efectos, tanto en la actualidad como en tiempos remotos, la búsqueda y determinación apropiada de una definición de la violencia de pareja ha sido una necesidad acuciante, ya que esto es determinante para su medición y estudio general. De esta manera, su terminología se ha modificado, considerándola como “abuso a la esposa” en los años 70, posteriormente como “violencia doméstica” y a partir de 1999 el Centers for Disease Control and Prevention (CDC) sugirió el término utilizado actualmente, “violencia de pareja” (IPV, por sus siglas en inglés) (Nicolaidis y Paranjape, 2009). Aun cuando existen muchas

conceptualizaciones de la IPV, para los objetivos del presente estudio se considerará la siguiente: conducta por parte de la pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, que incluye actos de agresión física, coerción sexual, abuso psicológico y conductas controladoras (World Health Organization, 2013). Debido a su alarmante frecuencia, así como a sus efectos a nivel social, económico, de salud, etc., la IPV es considerada actualmente como uno de los problemas de salud pública más importantes.

La IPV es un problema complejo y multidimensional, en el cual influyen diversos factores a nivel individual, familiar y social (García-Moreno, 2000). Resulta de gran relevancia el estudio de aspectos relacionados tanto con la perpetuación del fenómeno en general como con la permanencia de las mujeres con su respectiva pareja violenta en particular. Al respecto existen varias propuestas teóricas que brindan una explicación al hermetismo que impera en muchas

Para citar este artículo: Rizo-Martínez, L. E., Dueñas Moreno, L. y Santoyo-Telles, F. (2020). El síndrome de estocolmo en mujeres mexicanas víctimas de violencia de pareja. *Anuario de Psicología Jurídica*, 30, 55-62. <https://doi.org/10.5093/apj2019a16>

Financiación: Esta investigación se ha realizado dentro del proyecto número SAC/CI/052/17 ante la Coordinación de Investigación y Posgrado del Cusur (Universidad de Guadalajara) subvencionado por el CONACYT a través del programa Retenciones. Correspondencia: [lucia.rizo@cusur.udg.mx](mailto:lucia.rizo@cusur.udg.mx), [lucyrizomar@hotmail.com](mailto:lucyrizomar@hotmail.com) (L. E. Rizo-Martínez).

parejas, el cual impide un cambio o bien algún soporte social. Una de estas posturas es el modelo de estigmatización de la IPV, el cual sugiere que el contexto sociocultural en el que se produce dicha violencia puede tener un impacto negativo en aquellos que experimentan el abuso. La experiencia de IPV influye en las personas a nivel individual e interpersonal y en ambos niveles está moderada por dos factores adicionales: la centralidad (es decir, la medida en que las personas consideran que una identidad es una pieza importante de su autodefinición) y la prominencia (es decir, la medida en que una identidad es accesible o viene a la mente). Estos factores pueden proporcionar claridad para comprender la relación entre el estigma de IPV y los comportamientos de búsqueda de ayuda (Overstreet Quinn, 2013). Otras investigaciones indican que para muchas mujeres el abuso se asocia positivamente con el apego y la longevidad de la relación, incluso después de separarse de sus parejas abusivas (Dutton y Painter, 1993; Flynn, 1990). De acuerdo con la teoría del síndrome de Estocolmo, este apego paradójico es una estrategia para enfrentar y terminar con dicho abuso (Graham et al., 1995). Graham (1994) planteó su teoría del síndrome de Estocolmo partiendo de la consideración de que las paradojas incluyen profesar "amor" a las personas que los abusan, defendiéndolos incluso después de fuertes golpes, culpándose por el abuso infligido hacia su persona, negando o minimizando la naturaleza amenazante del abuso. Asimismo, estos autores propusieron que hacer frente a una amenaza prolongada y grave a la supervivencia hace que la víctima internalice la dinámica cautivo-captor y la generalice en sus relaciones con los demás. Esta generalización da como resultado cambios en el funcionamiento interpersonal que incluyen: a) división, b) ira desplazada, c) intensa dinámica *push-pull* y d) pérdida del sentido de sí mismo. Además, el cautivo desarrolla numerosas distorsiones cognitivas y perceptuales como una defensa contra el terror, incluida la negación, la racionalización y la minimización del abuso. Esta teoría de Graham sobre el síndrome de Estocolmo representa una de las contribuciones más importantes en este campo, aunque ésta y otras aportaciones teóricas (de Fabrique, Romano, Vecchi y Van Hasselt, 2007; Gordon, 2005; Namnyak et al., 2007) carecen de estudios empíricos que permitan sustentarlas sistemáticamente, lo cual ha llevado a una escasez en la unificación de criterios, incluso a la duda de su denominación como síndrome (Ballús, 2002) o a la incertidumbre de su existencia real, considerándolo como un probable mito (Namnyak et al., 2007). Sin embargo, otros autores consideran que el síndrome de Estocolmo es una respuesta universal por parte de las víctimas hacia sus agresores (Cantor y Price, 2007; Graham et al., 1995), ya que algunas conductas paradójicas consideradas características de este síndrome han sido observadas no sólo en diferentes tipos de grupos humanos, sino también en muchas especies de mamíferos, especialmente en primates (Cantor y Price, 2007). Actualmente sólo existen dos revisiones que abordan la información internacional más importante acerca del síndrome de Estocolmo, una presentada en idioma inglés (Namnyak et al., 2008) y la otra en español (Rizo-Martínez, 2018).

En el intento por analizar sistemáticamente los síntomas de síndrome de Estocolmo propuestos en la teoría de Graham (Graham et al., 1995) crearon una escala denominada *Scale for Identifying "Stockholm Syndrome" Reactions* (SISSR, por sus siglas en inglés), con el objetivo de determinar la presencia de síndrome de Estocolmo relacionado con violencia de pareja. Dicho instrumento fue validado en México por Rizo-Martínez y Santoyo-Telles (en prensa) y su uso se considera adecuado en este país. Según nuestro conocimiento, dicho instrumento ha sido utilizado sólo en otros dos estudios anteriores a la presente investigación. Uno de ellos fue realizado por Demarest (2009), con el objetivo de entender las condiciones que afectan a las mujeres maltratadas por sus parejas y cómo estas interactúan entre sí; para esto evaluaron a 50 mujeres asistidas en dos refugios por violencia doméstica. A todas las participantes se les aplicó una encuesta sociodemográfica, una escala de abuso hacia la mujer, la PTSD Checklist-Civilian version (Walker, Newman, Ciechanowski, & Katon,

2002) y la SISSR (Graham et al., 1995). Los resultados evidenciaron una falta de correlación entre el estrés postraumático y el síndrome de Estocolmo. Asimismo, encontraron (aunque no fue significativo) que a menor puntaje de síndrome de Estocolmo se presentaba una mayor correlación entre el síndrome de Estocolmo y el abuso, lo cual fue interpretado por la autora como un efecto mitigador del síndrome de Estocolmo con respecto a la presencia de estrés postraumático relacionado con abuso. El segundo estudio fue realizado por Ahmad, Aziz, Anjum y Mir (2018), quienes también aplicaron la SISSR (Graham et al., 1995) tanto a hombres como mujeres que tuvieron una relación de pareja actual, ya fueran casados o en relación de noviazgo. Los autores abordaron el síndrome de Estocolmo como mediador entre la IPV y el distres psicológico; los resultados evidenciaron que uno de los factores de la escala SISSR, denominada daño psicológico, fue el principal mediador entre la IPV y el distres psicológico.

Otra aportación teórica basada en parte en la teoría del síndrome de Estocolmo de Graham, fue realizada por Montero (2001). Este autor propuso el Síndrome de Adaptación Paradógica a la Violencia Doméstica (SAPVD), definiéndola como un conjunto de procesos psicológicos que a través de las dimensiones de respuesta cognitiva, conductual y fisiológico-emocional culmina en un vínculo interpersonal entre la mujer víctima y su pareja sentimental (el hombre agresor). Dicho vínculo se desarrollaría como un tipo protección interpersonal construido en un marco de un entorno traumático y estimulante con el fin de procurar la integridad psicológica de la víctima y recuperar su homestasis fisiológica y conductual. El proceso abarcaría cuatro fases: activación, reorientación, afrontamiento y adaptación. Para Montero el tipo de apego presente en el síndrome de adaptación paradógica no sería innato sino secundario e instrumental. Sin duda, la propuesta de Montero es de suma importancia para la comprensión de la presencia de síndrome de Estocolmo relacionada con la violencia doméstica; sin embargo, esta aportación también carece de estudios empíricos que la avalen.

Si bien las propuestas teóricas mencionadas representan una contribución explicativa importante en el estudio del síndrome de Estocolmo, sería necesaria la realización de una serie de investigaciones en donde se indaguen, analicen y sistematicen las conductas de vinculación paradójica propias del síndrome tanto en diferentes tipos de grupos humanos como no humanos. Sin duda, la realización de dichos estudios permitirá determinar, además, si sería o no pertinente su determinación de síndrome, así como su inclusión o no en los manuales internacionales.

El presente estudio tuvo como objetivo general indagar la presencia de síndrome de Estocolmo en mujeres mexicanas víctimas de violencia de pareja. Nuestro primer objetivo específico era determinar el porcentaje de participantes que presentarían síntomas del síndrome; el segundo objetivo específico era indagar acerca de factores relacionados tanto con la magnitud del tipo de violencia de pareja como del síndrome de Estocolmo. En esta investigación se consideraron dos razones principales para su realización. La primera es que actualmente continúan siendo poco claras las causas o motivos por los cuales las víctimas de relaciones de pareja violentas frecuentemente presentan conductas paradójicas tales como permanecer con su agresor, profesarle "amor", defenderlos, culparse a sí mismas por el abuso que se ha cometido contra ellas, negar o minimizar la naturaleza amenazante del mismo (Graham et al., 1995) o bien por qué únicamente una mínima parte de los casos de malos tratos en las parejas de tipo heterosexual es denunciada, permaneciendo los detalles del maltrato sólo en el ámbito diádico exclusivo de la pareja donde se producen (Montero, 2001). Una posible explicación de la presencia de todas o algunas de las conductas mencionadas podría lograrse a través de la teoría del síndrome de Estocolmo, por lo que nuestra primera hipótesis sería que un porcentaje considerable de nuestras participantes presentarían síntomas del síndrome, siendo mayor en el grupo dos comparado con el grupo uno. Una posible razón por la cual no todas las personas víctimas de IPV desarrollan el síndrome de Estocolmo

es que, como menciona Demarest (2009), pudieran presentarse otros trastornos, tales como el estrés postraumático e incluso quizás algunas personas sean resilientes, aunque este tema no es el objetivo de este estudio. La segunda razón es que la evaluación del síndrome de Estocolmo, según la teoría de Graham, por lo tanto a través de su escala, nos permitirá determinar de alguna manera su presencia y magnitud. Asimismo, la evaluación del tipo de IPV experimentada permitirá determinar su relación con el síndrome de Estocolmo, así como con otros factores, lo cual ya se ha reportado en otros estudios. Por ejemplo, Canete-Lairla y Gil-Lacruz (2018) encontraron una relación de la baja autoestima y el aislamiento social con el abuso verbal. Jeyaseelan et al. (2004) vieron que el consumo habitual de alcohol por parte de la pareja, ser testigo de la violencia física del padre hacia la madre, la mala salud mental de la mujer y una mala situación laboral se asociaban con la violencia de tipo física. Por su parte, Pico-Alfonso (2005) sugirió que la violencia psicológica es el mayor predictor del desarrollo del estrés postraumático en mujeres abusadas. De acuerdo a lo anterior, una segunda hipótesis para este estudio sería que tanto la presencia como la magnitud del tipo de violencia de pareja, así como del síndrome de Estocolmo, podrían asociarse a una serie de factores, tales como de tipo sociodemográficos, de antecedentes personales y de las características de la relación de pareja, así como de la naturaleza y el tipo de experiencia.

## Método

### Participantes

Se evaluaron 239 mujeres divididas en 2 grupos: mujeres universitarias solteras que reportaron algún tipo de violencia de pareja ( $n = 164$ ), que cohabitaban o habían cohabitado con su pareja y que acudieron a alguna institución pública o grupo por violencia de pareja ( $n = 75$ ). Para la selección de las participantes se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional. No se utilizaron criterios clínicos para la selección de la muestra, sino que sólo se solicitó que las participantes fueran mujeres que habían experimentado algún tipo de violencia de pareja, debido a que precisamente uno de los propósitos de este estudio era explorar y determinar la presencia del síndrome de Estocolmo relacionado con la violencia de pareja y con otros factores. Ninguna de las participantes había recibido atención psicológica o psiquiátrica con anterioridad al presente estudio. Un aspecto importante considerado en esta investigación para la elección de las muestras fue el tipo de relación, ya que se ha reportado que existen diferencias en la violencia de pareja en las relaciones de noviazgo, comparadas con las relaciones conyugales, tales como el grado de intimidad, exposición, contexto y dinámica de la violencia, factores de riesgo, etc. (Carlson, 1987; Sanhueza Morales, 2016), lo cual consideramos que pudiera ser un factor determinante tanto en la evaluación de la violencia de pareja como del síndrome de Estocolmo.

Las características generales de las participantes fueron las siguientes: las mujeres universitarias solteras que reportaron algún tipo de violencia de pareja (grupo uno) presentaban una media de edad de 20.40 años ( $DE = 1.69$ , rango = 18-25) y fueron reclutadas de manera voluntaria a través de dos diferentes instituciones universitarias públicas del sur de Jalisco, México. Todas cursaban diferentes semestres de las siguientes licenciaturas: Psicología (46.69%), Negocios Internacionales (4.6%), Intervención Educativa (2.9%), Ingeniería en Geofísica (1.1%), Medicina (7.4%), Enfermería (8.6%), Trabajo Social (4.6%), Derecho (10.3%), Nutrición (8%), Veterinaria (4%), Turismo (1.1%) o Periodismo (0.6%). La mayoría practicaban la religión católica (73.7%) y el 39.4% reportó alguna experiencia de maltrato durante la infancia y/o adolescencia. Por otro lado, el grupo de mujeres que cohabitaban o habían cohabitado con su pareja y que acudieron a alguna institución pública o grupo por violencia de pareja (grupo dos) fueron reclutadas de una institución

gubernamental de Ciudad Guzmán, Jalisco, México, denominada Unidad de Atención a la Violencia Intrafamiliar (UAVI), la cual recibe casos de denuncia legal por violencia de pareja y otros tipos de violencia familiar para brindarles el seguimiento correspondiente. Asimismo se acudió a un grupo privado de atención a mujeres que experimentan violencia de pareja en Jalisco, México. La media de edad de este grupo fue de 29.79 ( $DE = 14.42$ , rango = 17-79) y reportaron diferentes niveles de escolaridad: ninguna (2.7%), primaria (16%), secundaria (33.3%), preparatoria (30.7%), licenciatura (13.3%) o posgrado (4%). La mayoría practicaba la religión católica (77.3%). El 38% reportaron alguna experiencia de maltrato durante la infancia y/o adolescencia. Los datos correspondientes a las parejas de las participantes y de la relación de pareja están resumidos en la Tabla 1.

## Instrumentos

**Cuestionario sociodemográfico y de antecedentes de la relación de pareja.** Consta de 26 preguntas diseñadas por la primera autora de esta investigación con la finalidad de recabar datos sociodemográficos y de la relación de pareja actual o última, considerando su utilidad para los objetivos de este estudio.

**Scale for Identifying "Stockholm Syndrome" Reactions (SISSR).** Es un instrumento creado por Graham et al. (1995) con el objetivo de probar la teoría del síndrome de Estocolmo de Graham, basado en 66 aspectos potenciales de síndrome de Estocolmo propuestos por Graham et al. (1995). Consta de 49 ítems cuyos puntajes oscilan desde 0 ( *nunca o casi nunca o no aplicable*) a 4 ( *siempre o casi siempre*), donde 4 representa un grado mayor del síndrome. Se identificaron 3 factores, los cuales fueron denominados *Core Stockholm Syndrome* (factor 1), *Psychological Damage* (factor 2) y *Love Dependence* (factor 3). El alfa de Cronbach fue .94, .90 y .89 respectivamente y .84 para la escala global. La escala fue validada en México a través del análisis de la consistencia interna, la validez convergente y la estructura factorial, cuyos resultados evidenciaron valores adecuados para su uso en este país (Rizo-Martínez y Santoyo, en prensa).

**Escala de Violencia e Índice de Severidad (EVIS).** Es un instrumento creado en México por Valdez-Santiago et al. (2006) con el objetivo de construir y validar en el país una escala para medir violencia hacia las mujeres por parte de la pareja masculina y su índice de severidad. Consta de 19 reactivos que miden la frecuencia de las acciones violentas en los últimos 12 meses, cuyos puntajes oscilan desde 0 ( *nunca*) hasta 27 ( *muchas veces en casos de violencia severa*). Se compone de cuatro factores (62.2% de la varianza total): violencia psicológica (factor 1), violencia física (factor 2), violencia física severa (factor 3) y violencia sexual (factor 4). La consistencia interna evaluada a través del alfa de Cronbach es de .99.

## Procedimiento

Se realizó una invitación a las participantes, brindándoles la información necesaria y requerida para este estudio. Asimismo, se les aclararon los aspectos éticos de anonimato y de procedimientos no invasivos así como de su participación voluntaria con libertad de permanencia durante el transcurso del proceso de evaluación. Una vez que se les hizo entrega del consentimiento informado, firmado por cada una de las participantes, se procedió a la realización de la evaluación, la cual consistió en una sesión de aproximadamente 40 minutos en la cual se les aplicó un cuestionario sociodemográfico y la aplicación de los instrumentos. Durante el transcurso, al menos un evaluador permaneció cerca con el objetivo de brindar apoyo o aclarar dudas, agradeciendo la colaboración de cada una de las participantes una vez concluido el proceso.

La presente investigación fue aprobada por el comité de bioética del Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara con el expediente número CB/020/2017.

**Tabla 1.** Características generales de la pareja y de la relación de pareja (*N* = 239)

Variable	Grupo 1 ( <i>n</i> = 164)		Grupo 2 ( <i>n</i> = 75)	
	<i>M</i> ( <i>DE</i> ) Rango			
<i>Datos de la pareja</i>				
Edad	22.51 (3.72) (16-47)		39.05 (15.35) (23-77)	
	Frec.	%	Frec.	%
Religión				
Ninguna	24	14.6	6	8.0
Católica	131	79.9	57	76.0
Protestante	5	3.0	12	16.0
Ingresos económicos				
Sí	37	20.9	65	86.7
No	127	71.8	10	13.3
Adicciones				
Ninguna	76	42.9	7	9.3
Alcohol	40	22.6	31	41.3
Tabaco	12	6.8	2	2.7
Drogas	3	1.7	11	14.7
Alcohol y tabaco	18	10.2	0	0
Alcohol, Tabaco y drogas	3	1.7	24	32.0
Tabaco y drogas	7	4.0	0	0
<i>Datos de la relación de pareja</i>				
Nº de parejas que ha tenido				
1	19	10.7	40	5.3
2	80	45.2	23	30.7
3	39	22.0	9	12.0
4 o más	26	14.7	3	3.9
Pareja actual				
Si	82	46.3	41	54.7
No	81	45.8	34	45.3
Número de parejas actuales				
0	80	45.2	31	41.3
1	78	44.1	43	57.3
> 1	6	3.4	1	1.3
Vive con su pareja				
Si	161	91.0	47	62.7
No	3	1.7	28	37.3
Duración de la relación				
1 mes	6	3.4	3	4.0
1-3 meses	15	8.5	1	1.3
3-6 meses	17	9.6	16	21.3
6-12 meses	25	14.1	17	22.7
1-2 años	47	26.6	21	18.0
2 años o más	54	30.5	17	22.7
Número de separaciones				
0	59	33.3	27	36.0
1	37	20.9	20	26.7
2	24	13.6	6	8.0
3	21	11.9	11	14.7
4	4	2.3	2	2.7
5	8	4.8	2	2.7
6 o más	11	6.7	7	9.8

## Análisis de Datos

Se realizaron estadísticos descriptivos para los datos demográficos, de la pareja y de la relación de pareja. Se calculó la media, desviación estándar y rango para los puntajes de la EVIS. Para la SISSR se consideraron los puntajes en base a cuartiles, debido a que aún no cuenta con puntos de corte establecidos.

Por otro lado, se calculó el coeficiente de correlación eta para cuantificar el grado de asociación existente entre los datos sociode-

mográficos y de relación de pareja con la escala SISSR y la EVIS. Asimismo, se determinó la asociación entre las dos escalas aplicadas a través de la correlación de Spearman y un modelo de regresión entre los valores globales de ambas escalas.

## Resultados

### Puntajes de los Instrumentos

En la **Tabla 2** se presenta la media, desviación estándar y rango de los puntajes obtenidos por los dos grupos en la EVIS. Los puntajes totales de este instrumento oscilan entre 0 y 354 puntos en total. Con respecto a sus factores, se consideran casos de violencia psicológica los valores ubicados entre 5.1 y 18.2 y casos de violencia psicológica severa los valores entre 18.3 y 81. En la **Tabla 2** se puede observar que el grupo de mujeres solteras víctimas de violencia de pareja (grupo uno) presentaron una media de puntaje dentro del rango de casos de violencia psicológica, mientras que en el grupo de mujeres que cohabitaban con su pareja (grupo dos) la media corresponde a casos de violencia psicológica severa. Se consideran casos de violencia física los valores que oscilan entre 2.4 y 12. El grupo uno presentó una media ubicada dentro de este rango, mientras que el grupo dos presentó puntajes muy por encima de dicho rango. Con respecto a la violencia física severa, de acuerdo a los autores de la EVIS, cualquier puntaje superior a cero indica presencia de ésta; en la **Tabla 2** se puede observar que ambos grupos presentan índices de este tipo de violencia, siendo también mucho mayores los puntajes en el grupo dos. En la violencia sexual los puntajes de 1.1 a 6 corresponden a casos no severos, rango en el cual se ubica el grupo uno, mientras que los puntajes ubicados por arriba de 6 se consideran como casos severos, categoría en la cual se ubica el grupo dos.

Se observa que el tipo de violencia más frecuente en ambos grupos es la psicológica, seguida por la violencia física y sexual.

Por otro lado, los puntajes de la SISSR oscilan entre 0 y 196 puntos en total. En la **Tabla 3** se presentan la frecuencia y porcentaje de participantes de los dos grupos que se ubican en cada uno de los cuartiles. Se puede observar que la mayor parte de las participantes del grupo uno se ubican en el primer cuartil, seguido del segundo y tercer cuartil, presentándose solo un caso en el cuarto, mientras que en el grupo dos la mayor parte de las participantes se ubican en el segundo cuartil, seguido del primero, presentándose 9 casos en el tercer y cuarto cuartil. De acuerdo a lo anterior, se observa que el grupo dos presentó mayores puntajes de la SISSR.

**Tabla 2.** Puntajes obtenidos por los dos grupos en la escala EVIS

Escalas y factores	Grupo 1 ( <i>n</i> = 164)		Grupo 2 ( <i>n</i> = 75)	
	<i>M</i> ( <i>DE</i> ) Rango			
EVIS	22.00 (20.46)	5-117	96.68 (59.14)	10-254
VP	12.71 (11.07)	0-61	38.05 (17.11)	0-66
VF	5.58 (8.47)	0-41	31.94 (29.15)	0-93
VFS	0.65 (2.42)	0-15	9.28 (13.33)	0-68
VS	3.04 (5.58)	0-30	17.40 (16.72)	0-57

Nota. EVIS = Escala de Violencia e Índice de Severidad. Factores de la EVIS: VP = violencia psicológica (factor 1); VF = violencia física (factor 2); VFS = violencia física severa (factor 3); VS = violencia sexual (factor 4).

**Tabla 3.** Puntajes obtenidos por los dos grupos en la escala SISSR

	Grupo 1 ( <i>n</i> = 164)		Grupo 2 ( <i>n</i> = 75)	
	Frec.	%	Frec.	%
Primer cuartil (0-49)	132	80.50	22	29.30
Segundo cuartil (49-98)	24	14.63	35	46.66
Tercer cuartil (98-147)	7	4.26	9	12.00
Cuarto cuartil (147-196)	1	0.60	9	12.00

Nota. SISSR = Escala de Síndrome de Estocolmo.

## Asociación de los Factores Sociodemográficos, de Pareja y de Relación de Pareja con la EVIS y la SISSR

El índice de correlación eta define un rango de 0 a 1, donde 0-.39 se considera una correlación baja, de .40-.69 una correlación media y de .70-1.0 correlación alta. En este estudio sólo se reportan las correlaciones medias y altas. Se consideraron como variables dependientes los puntajes de la EVIS, así como los de la SISSR, mientras que las variables independientes fueron las categóricas correspondientes a los datos sociodemográficos, de la pareja y de la relación de pareja. Los resultados están resumidos en la [Tabla 4](#).

**Tabla 4.** Correlación de los datos demográficos, de la pareja y de la relación de pareja con la escala de Violencia e Índice de Severidad (EVIS) y la escala de Síndrome de Estocolmo (SISSR)

	Grupo 1		Grupo 2	
	EVIS	SISSR	EVIS	SISSR
<b>Datos demográficos</b>				
Edad	.42 <sup>1</sup>	.46 <sup>1</sup>	.80 <sup>2</sup>	.77 <sup>2</sup>
Estado civil			.42 <sup>1</sup>	
Experiencias de maltrato durante la infancia y adolescencia	.44 <sup>1</sup>	.48 <sup>1</sup>		.42 <sup>1</sup>
<b>Datos de la pareja</b>				
Edad	.65 <sup>1</sup>			.75 <sup>**</sup>
Ocupación	.58 <sup>1</sup>	.46 <sup>1</sup>	.73 <sup>2</sup>	
Adicciones	.47 <sup>1</sup>	.44 <sup>2</sup>		
<b>Datos de la relación de pareja</b>				
Número de parejas que ha tenido			.46 <sup>1</sup>	.42 <sup>1</sup>
Duración de la relación	.47 <sup>1</sup>			
Número de separaciones	.72 <sup>2</sup>	.41 <sup>1</sup>	.44 <sup>1</sup>	

Nota. Los índices del coeficiente eta considerados fueron la correlación media (<sup>1</sup>.40-.69) y alta (<sup>2</sup>.70-1.0).

## Asociación de la SISSR con la EVIS y sus Factores

A través del análisis de correlación de Spearman se encontró una correlación significativa ( $p \leq .01$ ) entre la SISSR y la EVIS en los dos grupos. Asimismo, los factores de la escala SISSR se correlacionaron significativamente con la EVIS en ambos grupos ( $p \leq .01$ ), excepto para el factor *Love* en el grupo uno. La SISSR presentó una correlación significativa ( $p \leq .01$ ) con los factores uno (violencia psicológica) y dos (violencia física) de la EVIS en el grupo uno, mientras que el grupo dos presentó una correlación significativa ( $p \leq .05$ ) con casi todos los factores de la EVIS, excepto para el factor tres (violencia física severa). El grupo uno evidenció una correlación significativa entre la escala SISSR y algunos de sus factores solo con los factores uno (violencia

psicológica) y dos (violencia física) de la EVIS, mientras que el grupo dos presentó algunas correlaciones entre todos los factores de ambas pruebas. Se observa que el grupo uno presentó una mayor correlación de la SISSR con la violencia de tipo psicológica (coeficiente de correlación = .432, significancia:  $p \leq .001$ ), mientras que el grupo dos presentó una mayor correlación de la SISSR con la violencia de tipo sexual (coeficiente de correlación = .353, significancia:  $p \leq .01$ ). Las correlaciones generales de las escalas y sus factores están representadas en la [Tabla 5](#).

El modelo de regresión evidenció que la correlación entre los valores globales de la EVIS y la SISSR fue superior en el grupo uno ( $r = .523$ , error estándar = 25.67) comparada con el grupo dos ( $r = .391$ , error estándar = 41.35).

## Discusión

Son escasos los estudios empíricos dirigidos a evaluar el síndrome de Estocolmo relacionado con la IPV ([Ahmad et al., 2018](#); [Demarest, 2009](#)). La presente investigación tuvo como objetivo indagar la presencia de síndrome de Estocolmo en mujeres mexicanas víctimas de violencia de pareja.

En este estudio se consideraron dos grupos: el grupo uno estuvo constituido por mujeres jóvenes, universitarias y solteras y el grupo dos estuvo conformado por mujeres que cohabitaban o habían cohabitado con sus parejas, con una historia de IPV más frecuente y grave, con un rango de edad mayor y con diferentes niveles de escolaridad.

La violencia de tipo psicológica fue la más prevalente en ambos grupos, seguida de la física, sexual y física severa. Estos resultados concuerdan con otros estudios con respecto al orden de la prevalencia de cada tipo de violencia ([Olaiz, Rojas, Valdez, Franco Palma, 2006](#); [Ortega-Ceballos et al., 2007](#); [Valladares, Peña, Persson Höglberg, 2005](#)).

Se encontró un mayor promedio de IPV en el grupo dos comparado con el grupo uno. Sin embargo, se observa que las desviaciones estándar dentro de cada grupo son bastante grandes, lo cual podría indicar una gran variabilidad dentro de cada grupo o bien la necesidad de delimitar aun más los criterios de inclusión para cada una de las muestras. Con respecto a la interpretación de los resultados relacionados con los puntajes obtenidos en la SISSR, es fundamental considerar dos limitaciones importantes: por un lado, actualmente no existen puntos de corte específicos para la interpretación de escala y, por otro lado, los creadores de la SISSR ([Graham et al., 1995](#)) consideraron el hecho de que durante la contestación de ésta es más probable que las participantes minimicen el grado de sus respuestas, lo cual es precisamente uno de los síntomas del síndrome de Estocolmo. Sin embargo, a pesar de las restricciones descritas anteriormente,

**Tabla 5.** Correlación de la SISSR y la EVIS y sus factores en los dos grupos

	EVIS		VP		VF		VFS		VS	
	CC	Sig.								
<b>Grupo 1 (n = 164)</b>										
SISSR	.392	.000**	.432	.000**	.265	.001**	.053	.498	.092	.241
C	.458	.000**	.418	.000**	.359	.000**	.089	.259	.126	.108
D	.284	.000**	.401	.000**	.089	.255	.000	.997	.073	.355
L	.098	.197	.062	.428	.162	.000**	.087	.269	.055	.485
<b>Grupo 2 (n = 75)</b>										
SISSR	.404	.000**	.283	.014*	.315	.006**	.220	.058	.353	.002**
C	.329	.004**	.202	.082	.279	.015*	.139	.234	.286	.013*
D	.419	.000**	.281	.015*	.301	.009**	.333	.003**	.380	.001**
L	.315	.006**	.302	.008**	.204	.079	.101	.391	.359	.002**

Nota. EVIS = Escala de Violencia e Índice de Severidad; Factores de la EVIS: VP = violencia psicológica (factor 1); VF = violencia física (factor 2); VFS = violencia física severa (factor 3) y VS = violencia sexual (factor 4). CC = coeficiente de correlación; Sig. = significación. SISSR = Escala de Síndrome de Estocolmo; Factores de la SISSR: C = core Stockholm syndrome (factor 1); D = psychological damage (factor 2) y L = love-dependence (factor 3).

\* $p < .05$  (2 colas), \*\* $p < .01$  (2 colas).

nuestra hipótesis en la cual se aseveraba que un porcentaje considerable de nuestras participantes presentarían síntomas del síndrome fue confirmada, ya que nuestros resultados evidenciaron la presencia de síndrome de Estocolmo en ambos grupos, siendo mayores los puntajes en el segundo grupo comparado con el primero, lo cual podría indicar que a mayor violencia mayor síndrome de Estocolmo, o bien estos resultados pudieran también ser debidos a la diferencia entre los dos grupos en parámetros tales como grado de intimidad, exposición, contexto y dinámica de la violencia, factores de riesgo, etc., los cuales se presentan con mayor intensidad en las relaciones conjugales comparadas con las relaciones de noviazgo (Carlson, 1987; Sanhueza Morales, 2016). Estos factores también pudieran estar relacionados, además, con el siguiente hallazgo de este estudio: en el grupo uno se evidenció una correlación del síndrome de Estocolmo con la violencia de tipo psicológica y física, siendo mayor dicha correlación con la violencia de tipo psicológica, mientras que el grupo dos presentó una correlación de este síndrome con todos los tipos de violencia, siendo mayor dicha correlación con la violencia de tipo sexual.

Asimismo, el modelo de regresión evidenció que la correlación entre los valores globales de la EVIS y la SISSR fue superior en el grupo uno comparada con el grupo dos. Esto podría indicar que el síndrome de Estocolmo estaría más relacionado con la IPV en el grupo uno, mientras que en el grupo dos el síndrome de Estocolmo no solo estaría relacionado con la IPV sino también con otros factores. Lo anterior alude a nuestra segunda hipótesis, en la cual se confirma que tanto la presencia como la magnitud del tipo de violencia de pareja como del síndrome de Estocolmo podrían asociarse a una serie de factores, tales como de tipo sociodemográficos, de antecedentes personales, de las características de la relación de pareja o de la naturaleza y tipo de la experiencia. Esto ya fue propuesto por Montero (2001) quien, a través de su modelo de síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica postuló que existen algunos factores predisponentes y/o facilitadores para el desarrollo del síndrome. Asimismo, Graham et al. (1995) encontraron una correlación de determinados factores individuales, de la pareja y de la relación de pareja con los puntajes del síndrome de Estocolmo.

En este estudio se encontró que algunas de las características mencionadas se correlacionaban con la EVIS y con la SISSR en ambos grupos. Por ejemplo, el grupo uno presentó una correlación entre las adicciones de la pareja con la EVIS y con la SISSR. Dicha asociación ya se ha reportado en otros estudios (Alvarado-Zaldívar, Salvador Moysén, Estrada-Martínez, Terrones-González, 1998; Caetano, Schafer Cunradi, 2017; Field, Caetano Nelson, 2004; Ortega-Ceballos et al., 2007), a pesar de que el grupo dos no presentó esta correlación, lo cual quizás indicaría que las adicciones no siempre juegan un papel determinante en la presencia de violencia de pareja y del síndrome de Estocolmo.

Por otro lado, se ha reportado que las características de la relación son un factor importante en la violencia de pareja (Caetano, Vaeth, Ramisetty-Mikler, 2008) y sin duda también en la presencia del síndrome de Estocolmo. Por ejemplo, Graham et al. (1995) encontraron que a mayor número de separaciones de la pareja mayores eran los puntajes del síndrome de Estocolmo, lo cual fue interpretado como un índice importante de distres en la relación, que podría intensificar aun más los síntomas del síndrome de Estocolmo. Esto fue confirmado en el grupo uno, el cual presentó una correlación entre el número de separaciones con la EVIS y la SISSR, mientras que el grupo dos presentó esta correlación solo con la EVIS, dato que podría indicar que la presencia del síndrome de Estocolmo en el grupo dos ya no depende tanto de la estabilidad de la relación como de otros factores.

Tanto la edad de las participantes como de la pareja se correlacionaron con la EVIS y la SISSR en ambos grupos, lo cual podría indicar que aspectos relacionados con la edad, tales como la madurez, la experiencia, el tipo de conducta, las relaciones sociales o bien cierta percepción de las participantes hacia sus parejas podrían ser determinantes tanto para la presencia de IPV como de síndrome de Estocolmo.

Ambos grupos presentaron una correlación entre las experiencias de maltrato y la SISSR. Este hallazgo podría explicarse a través de la ley de generalización del estímulo propuesta por Graham (1994), la cual postula que una víctima o grupo traumatizado mostrará las mismas reacciones (esperanza, hipervigilancia y enlace) a otra persona o grupo que no sea el abusador si esta otra persona o grupo ha demostrado abuso y/o amabilidad con la víctima y la víctima lo ha percibido como similar al abusador. Es decir, según lo anterior, los individuos que han experimentado abuso en el pasado pueden haber desarrollado esta generalización debido al tipo de relación desarrollada con la(s) persona(s) abusiva(s) en sus experiencias pasadas; esta relación se repetirá en su relación con personas que se comportan de forma similar con ellos, tal es el caso de una pareja abusiva. De la misma forma, algunos estudios encontraron que las experiencias personales de maltrato durante la infancia y adolescencia tanto dentro como fuera del hogar favorecen las experiencias posteriores de violencia (Alvarado-Zaldívar et al., 1998; Anacona, 2008; Ortega-Ceballos et al., 2007).

## Conclusiones y Limitaciones

El presente estudio es uno de los primeros intentos realizados con el objetivo de determinar la presencia de síndrome de Estocolmo en mujeres víctimas de violencia de pareja, lo cual es un principio importante para comprender de una mejor manera los comportamientos paradójicos ya reportados en estos casos. Debido al tipo de estudio y a la muestra considerada los resultados y las conclusiones no representan aportes generalizables ni causales, sino una pequeña contribución al estudio empírico del síndrome de Estocolmo relacionado con la violencia de pareja, así como un preámbulo para futuros estudios. Como base para la presente investigación se evaluó la presencia de violencia de pareja, sus tipos y su severidad, encontrándose que en ambos grupos se presentan todos los tipos de violencia, de manera moderada en el grupo uno y de manera severa en el grupo dos, siendo más prevalente la violencia psicológica en los dos grupos. Asimismo se encontró que un porcentaje considerable de nuestras participantes presentaron síntomas del síndrome, siendo mayor en el grupo dos comparado con el grupo uno, lo cual confirmó nuestra primera hipótesis. Por otro lado, se evidenció una correlación significativa entre la EVIS y la SISSR y de ambas escalas con algunas características demográficas de las participantes, de la pareja y de la relación de pareja, las cuales en su mayoría ya habían sido reportadas anteriormente (Graham et al., 1995). De manera general, en este estudio se encontró que los puntajes del síndrome de Estocolmo están relacionados íntimamente con la frecuencia y severidad de la violencia, aunque se encontró que esto depende también de otros factores, tales como el tipo de relación de pareja y de violencia experimentados. Estos hallazgos confirmaron nuestra segunda hipótesis, en la cual se aseveró que tanto la presencia como la magnitud del tipo de violencia de pareja, así como del síndrome de Estocolmo, podrían asociarse a una serie de factores.

La primer limitación importante de este estudio es que se evaluó una muestra no probabilística de tipo intencional, lo cual impide extrapolar estadísticamente las estimaciones obtenidas a la población. Debido a lo anterior, sería fundamental realizar más investigaciones con diferentes tipos de muestras con el objetivo de determinar las consistencias y diferencias en los resultados con respecto a este estudio. La segunda limitación es que las escalas disponibles tanto para evaluar la violencia de pareja como el síndrome de Estocolmo son escasas. Asimismo, los creadores de la escala de síndrome de Estocolmo (Graham et al., 1995) afirman que deben de considerarse cuidadosamente diversos aspectos en la aplicación e interpretación de esta, ya que, debido a los síntomas propios del síndrome de Estocolmo, las participantes y los participantes suelen negar o minimizar sus síntomas. Debido a lo anterior sería interesante diseñar y utilizar otros

tipos de recolección de datos e instrumentos que permitan evaluaciones complementarias más objetivas para una mejor y más acertada interpretación de los resultados. Una tercera limitación es que las desviaciones estándar en cada uno de los grupos fueron muy grandes para la determinación de las medias de los puntajes para la EVIS. Por todo ello se sugiere que para futuros estudios se controlen un poco más diversos factores con el fin de homogeneizar las muestras de una mejor manera.

Indudablemente, investigaciones empíricas futuras que aborden el estudio del síndrome de Estocolmo relacionado con la IPV en diferentes tipos de grupos enriquecerán la teoría de manera importante.

### Extended Summary

Intimate partner violence (IPV) is a behavior of the intimate partner that causes physical, sexual, or psychological damage, including acts of physical aggression, sexual coercion, psychological abuse, and controlling behaviors (World Health Organization, 2013). Due to its alarming frequency, as well as its social, economic, and health effects, IPV is currently considered one of the most important public health problems.

IPV is a complex and multidimensional problem, in which the study of aspects related to both the perpetuation of the phenomenon in general and the permanence of women with their respective violent partners in particular is of great relevance. To explain paradoxical behaviors, such as professing "love" for persons, defending their abusers even after severe beatings, blaming themselves for the abuse done to them, and denying or minimizing the threatening nature of the abuse, Graham (1994) developed the theory of the Stockholm syndrome. Graham proposed that coping with prolonged, severe threat to survival causes the victim/captive to internalize the captor-captive dynamics and to generalize them to relations with others. This generalization (of survival strategies developed in interaction with the abuser/captor) results in changes in interpersonal functioning that include (a) splitting, (b) displaced rage, (c) intense push-pull dynamics, and (d) loss of sense of self. Likewise, Montero (2001) proposes the Paradoxical Adaptation Syndrome to Domestic Violence (SAPVD), describing this syndrome as a set of psychological processes that culminates in an interpersonal bond between the victim woman and her sentimental partner (the male aggressor).

Despite the aforementioned theoretical proposals, there are few empirical studies in which the presence of the Stockholm syndrome related to IPV has been systematically investigated. The objective of this study was to investigate the presence of Stockholm syndrome in Mexican women victims of dating violence.

Our first hypothesis was that a considerable percentage of our participants would present symptoms of the syndrome to a greater or lesser extent; a second hypothesis for this study was that both the presence and the magnitude of the type of IPV, as well as the Stockholm syndrome, could be associated with other factors, such as sociodemographic characteristics, personal background, characteristics of the relationship, as well as the nature and type of experience.

### Method

Two hundred and thirty nine women divided into two groups participated: single university women who reported some type of partner violence ( $n = 164$ ) and women who cohabited or had cohabited with their partner and who attended a public institution or group for partner violence ( $n = 75$ ). Participation involved completion of a sociodemographic questionnaire, the scale of Violence and Index of Severity (EVIS; Valdez-Santiago et al., 2006), and the Scale for Identifying "Stockholm Syndrome" Reactions (SISSR; Graham et al., 1995) requiring approximately 40 minutes.

### Results

Group two presented a higher average of the scores on both scales and their factors compared to group one; however, it can be observed that the standard deviations for each of the groups in the EVIS scale is very large.

A correlation was found between some of the demographic factors of the participants, the couple and characteristics of the couple's relationship, and the EVIS and SISSR scales.

There was a significant correlation between the SISSR and the EVIS scales in the two groups. In addition, group one presented significant correlations between the SISSR scale and its factors with only two types of violence – psychological and physical –, while group two presented significant correlations between all types of violence and the SISSR scale and its factors. It was observed that group one presented a greater correlation of SISSR scale with psychological violence, while group two presented a greater correlation of SISSR scale with sexual violence. Likewise, the regression model showed that the correlation between the global values of the EVIS and SISSR scales was higher in group one.

### Discussion

Higher scores were found on the EVIS and the SISSR scales in group two compared to group one, which was an expected result. The presence of different types of partner violence evaluated through the EVIS was reported, highlighting that psychological violence was the most frequent in both groups, followed by physical, sexual, and physical violence. Likewise, the regression model showed that the correlation between the global values of the EVIS and SISSR scales was higher in group one compared with group two. This could indicate that the Stockholm syndrome would be more related to IPV in group one, while in group two the Stockholm syndrome would not only be related to IPV, but to other factors. These differences in the correlation should undoubtedly be related to the characteristics of the participants, of the couple, and of the couple's relationship. Thus, in this study it was found that some of the aforementioned characteristics correlated with the EVIS and the SISSR scales.

Both groups presented a significant correlation between the experiences of abuse and the SISSR. A possible interpretation for this finding would be the generalization law of the stimulus presented in the generalized Stockholm syndrome theory proposed by Graham (1994), which postulates that a traumatized victim or group will show the same reactions (hope, hypervigilance, and liaison) to another person or group that is not the abuser, if this other person or group demonstrated abuse and/or kindness with the victim and the victim perceived it as similar to the abuser.

### Conclusions and Limitations

The present exploratory study is one of the first attempts made with the objective of determining the presence of the Stockholm syndrome related to intimate partner violence in women, which is an important principle to understand, in a better way, the paradoxical behaviors already reported in some of these cases. The hypothesis of this study were confirmed, since a considerable percentage of our participants will present symptoms of the Stockholm syndrome where group two had higher scores compared to group one; likewise both, the presence and the magnitude of the type of IPV, as well as the Stockholm syndrome, were associated with some of the factors evaluated.

The main limitations of this study are mainly the type of samples considered, so the results and conclusions do not represent generalizable or causal contributions, but rather a small contribution to the empirical study of the Stockholm syndrome related to intimate partner violence, as well as a preamble for future research.

As a basis for the present investigation, the presence of IPV, its types, and its severity was evaluated; it was also found that, even in dating relationships (group one), the participants already report the four types of violence evaluated, being the psychological the most common, as well as the presence of symptoms of Stockholm syndrome, which was higher in group two compared with group one. Likewise, the relationship between the EVIS scale and the SISSR is evident with some demographic characteristics of the participants, of the couple, and of the couple's relationship. Undoubtedly, future empirical research that addresses the study of the Stockholm syndrome related to IPV in different types of groups will enrich the theory in an important way.

## Conflictos de Intereses

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

## Referencias

- Ahmad, A., Aziz, M., Anjum, G. y Mir, F. V. (2018). Intimate partner violence and psychological distress: Mediating role of Stockholm syndrome. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 33, 541-557.
- Alvarado-Zaldívar, G., Salvador Moysén, J., Estrada-Martínez, S. y Terrones-González, A. (1998). Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango. *Salud Pública de México*, 40, 481-486. <https://doi.org/10.1590/S0036-36341998000600004>
- Anacona, C. A. R. (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26, 242-251.
- Ballús, C. (2002). A propósito del síndrome de Estocolmo. *Medicina Clínica*, 119, 174. [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(02\)73354-X](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(02)73354-X)
- Caetano, R., Schafer, J. y Cunradi, C. B. (2017). Alcohol-related intimate partner violence among white, black, and Hispanic couples in the United States. En M. Natarajan (Ed.), *Domestic violence: The five big questions*. (pp. 153-160). London, UK: Routledge.
- Caetano, R., Vaeth, P. A. y Ramisetty-Mikler, S. (2008). Intimate partner violence victim and perpetrator characteristics among couples in the United States. *Journal of Family Violence*, 23, 507-518. <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9178-3>
- Canete-Lairla, M. y Gil-Lacruz, M. (2018). Psychosocial variables associated with verbal abuse as a form of intimate partner violence against women in a Spanish sample. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 27, 237-255. <https://doi.org/10.1080/10926771.2017.1320343>
- Cantor, C. y Price, J. (2007). Traumatic entrapment, appeasement and complex post-traumatic stress disorder: Evolutionary perspectives of hostage reactions, domestic abuse and the Stockholm syndrome. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 41, 377-384. <https://doi.org/10.1080/00048670701261178>
- Carlson, B. E. (1987). Dating violence: A research review and comparison with spouse abuse. *Social Casework*, 68, 16-23. <https://doi.org/10.1177/104438948706800102>
- de Fabrique, N., Romano, S. J., Vecchi, G. M. y Van Hasselt, V. B. (en prensa). Stockholm syndrome: A new look at an old phenomenon. *FBI Law Enforcement Bulletin*.
- Demarest, R. A. (2009). The relationship between Stockholm syndrome and post-traumatic stress disorder in battered women. *Inquiries Journal/Student Pulse*, 1(11). Recuperado de <http://www.inquiriesjournal.com/a?id=35>
- Dutton, D. G. y Painter, S. L. (1993). Emotional attachments in abusive relationships: A test of traumatic bonding theory. *Violence and Victims*, 8, 105-120. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.8.2.105>
- Field, C. A., Caetano, R. y Nelson, S. (2004). Alcohol and violence related cognitive risk factors associated with the perpetration of intimate partner violence. *Journal of Family Violence*, 19, 249-253. <https://doi.org/10.1023/B:JOFV.0000032635.42145.66>
- Flynn, C. P. (1990). Sex roles and women's response to courtship violence. *Journal of Family Violence*, 5(8), 3-94. <https://doi.org/10.1007/BF00979140>
- García-Moreno, C. (2000). *Violencia contra la mujer: género y equidad en la salud*. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/811/9789275327166.pdf?sequenc>
- García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stockl, H., Watts, Ch. y Abrahams, N. (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Resumen de orientación*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- Graham, D. L. (1994). *Loving to survive: Sexual terror, men's violence, and women's lives*. New York, NY: NYU Press.
- Graham, D. L., Rawlings, E. I., Ihms, K., Latimer, D., Foliano, J., Thompson, A., ... Hacker, R. (1995). A scale for identifying "Stockholm syndrome" reactions in young dating women: Factor structure, reliability, and validity. *Violence and Victims*, 10, 3-22. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.10.1.3>
- Gordon, A. (2005). Terrorism as an academic subject after 9/11: Searching the Internet reveals a Stockholm syndrome trend. *Studies in Conflict & Terrorism*, 28, 45-59. <https://doi.org/10.1080/10576100590524339>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía - INEGI (2012). *Encuesta nacional sobre dinámica de las relaciones en los hogares - ENDIREH*. México, DF: INEGI.
- Jeyaseelan, L., Sadowski, L. S., Kumar, S., Hassan, F., Ramiro, L. y Vizcarra, B. (2004). World studies of abuse in the family environment-risk factors for physical intimate partner violence. *Injury Control and Safety Promotion*, 11, 117-124. <https://doi.org/10.1080/15660970412331292342>
- Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 12, 371-397.
- Namnyak, M., Tufton, N., Szekely, R., Toal, M., Worboys, S. y Sampson, E. L. (2008). 'Stockholm syndrome': Psychiatric diagnosis or urban myth? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117, 4-11. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01112.x>
- Nicolaidis, C. y Paranjape, A. (2009). Defining intimate partner violence: Controversies and implications. En C. Mitchell y D. Anglin (Eds.), *Intimate partner violence: A health-based perspective* (pp. 19-30). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Olaiz, G., Rojas, R., Valdez, R., Franco, A. y Palma, O. (2006). Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Salud Pública de México*, 48, s232-s238. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342006000800003>
- Ortega-Ceballos, P. A., Mudgal, J., Flores, Y., Rivera-Rivera, L., Díaz-Montiel, J. C. y Salmerón, J. (2007). Determinantes de violencia de pareja en trabajadoras del IMSS Morelos. *Salud Pública de México*, 49, 357-366. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342007000500006>
- Overstreet, N. M. Y Quinn, D. M. (2013). The intimate partner violence stigmatization model and barriers to help seeking. *Basic and Applied Social Psychology*, 35, 109-122. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746599>
- Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 29, 181-193. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.08.010>
- Rizo-Martínez, L. E. (2018). El síndrome de Estocolmo: una revisión sistemática. *Clínica y Salud*, 29, 81-88. <https://doi.org/10.5093/clysa2018a12>
- Rizo-Martínez, L. E. y Santoyo-Telles (en prensa). Traducción al español y validación de la Escala para Identificar Reacciones de Síndrome de Estocolmo (SISSR) relacionada con violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*. <https://doi.org/10.2405/03276716.2019.1110>
- Sanhueza Morales, T. (2016). Violencia en las relaciones amorosas y violencia conyugal: convergencias y divergencias. Reflexiones para un debate. *Última década*, 24(44), 133-167. <https://doi.org/10.4067/S0718-22362016000100006>
- Valdez-Santiago, R., Hijar-Medina, M. C., Salgado de Snyder, V. N., Rivera-Rivera, L., Avila-Burgos, L. y Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México*, 48, s221-s231. <https://doi.org/10.1590/S0036-36342006000800002>
- Valladares, E., Peña, R., Persson y L. Å. Höglberg, U. (2005). Violence against pregnant women: prevalence and characteristics. A population-based study in Nicaragua. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112, 1243-1248. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00621.x>
- Walker, E. A., Newman, E., Dobie, D. J. y Ciechanowski, P. Katon, W. (2002). Validation of the PTSD checklist in an HMO sample of women. *General hospital psychiatry*, 24, 375-380. [https://doi.org/10.1016/S0163-8343\(02\)00203-7](https://doi.org/10.1016/S0163-8343(02)00203-7)
- World Health Organization. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.