

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Eficacia de un programa de tratamiento psicológico para
maltratadores**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Natalia Redondo Rodríguez

Director

José Luis Graña Gómez

Madrid, 2012

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**EFICACIA DE UN PROGRAMA DE
TRATAMIENTO PSICOLÓGICO PARA
MALTRATADORES**



TESIS DOCTORAL

Autora:

Natalia Redondo Rodríguez

Director:

José Luis Graña Gómez

Madrid, 2012

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, me gustaría dar las gracias a todas aquellas personas que han participado en este proyecto y que lo han hecho posible. Gracias por vuestro trabajo y esfuerzo.

Por supuesto, agradecer a mi director de tesis, José Luis Graña, por ser mi director, por haberme guiado, por animarme, por confiar en mi capacidad, por sus consejos y por ser el alma de este proyecto. Lo que soy a nivel profesional te lo debo a ti, gracias José Luis.

Agradecer también a Marina Muñoz-Rivas, por todo el esfuerzo e implicación que le ha supuesto el desarrollo de este proyecto.

También me gustaría agradecer a Elena Peña, José Manuel Andreu y M^a José Rodríguez por estar ahí y por todos vuestros buenos consejos. Gracias a los tres.

Por último, quiero dar las gracias a mi familia por todo su apoyo. A mis padres, por confiar en mí incondicionalmente y por haberme dado la mejor educación y formación que podría haber recibido. A mis hermanos mayores, Isabel y Pablo, por cuidarme y protegerme desde que nací. A mis cuñados, Goyo y Ana, porque sé que puedo contar con ellos. A mis sobrinos, Iván, Adrián, Nerea, Lorena y Álex, por sacarme siempre una sonrisa. Y a ti, Marcos, por creer en mí, por apoyarme siempre, por quererme y por ser el motor de mi vida.

A todos vosotros, gracias por haberme acompañado en esta aventura.

Índice

PARTE PRIMERA

Fundamentos teóricos

Capítulo 1: Formas y patrones del comportamiento maltratador	3
1.1. Introducción	5
1.2. Tipos de violencia	7
1.2.1. Maltrato físico	9
1.2.2. Maltrato psicológico	10
1.2.3. Coerción y violencia sexual	12
1.3. Tipos de maltratadores	13
Capítulo 2: Epidemiología de la violencia en las relaciones de pareja	37
2.1. Datos epidemiológicos sobre la violencia física en las relaciones de pareja	39
2.2. Datos epidemiológicos sobre la violencia psicológica y sexual en las relaciones de pareja	42
2.3. Datos epidemiológicos sobre la violencia en las relaciones de pareja en muestras españolas	45
2.4. Evolución de los datos relacionados con la violencia de género en España	49
Capítulo 3: Factores de riesgo asociados al maltrato	55
3.1. Factores de riesgo asociados a los agresores	57
3.2. Factores cognitivos	58
3.2.1. Atribuciones	58
3.2.2. Actitudes y creencias	59
3.3. Factores psicopatológicos y afectivos	61
3.3.1. Trastornos emocionales	61
3.3.1.1. <i>Ira/hostilidad</i>	61
3.3.1.2. <i>Depresión</i>	62
3.3.1.3. <i>Autoestima y dependencia</i>	63
3.3.1.4. <i>Apego inseguro</i>	64
3.3.2. Trastornos de personalidad	65

3.3.2.1. <i>Características de personalidad antisocial y psicopáticas</i>	67
3.3.2.2. <i>Características de personalidad límite</i>	68
3.4. Uso y abuso de sustancias	69
3.5. Factores conductuales-relacionales	70
3.5.1. Insatisfacción en las relaciones	70
3.5.1.1. <i>Poder y control</i>	71
3.5.1.2. <i>Estilo interaccional</i>	72
3.5.2. Déficits de habilidades sociales	74
3.5.3. Funcionamiento de la familia de origen.....	75
Capítulo 4: Instrumentos de evaluación	77
4.1. Áreas a evaluar en maltratadores	79
4.2. Entrevista clínica	82
4.3. Valoración de peligrosidad y riesgo.....	86
4.4. Métodos de auto-infome.....	87
4.4.1. Instrumentos para evaluar la agresión hacia la pareja.....	88
4.4.2. Instrumentos para evaluar procesos terapéuticos.....	91
4.4.3. Instrumentos para evaluar consumo.....	94
4.4.4. Instrumentos para evaluar características de personalidad	95
4.4.5. Instrumentos para evaluar conductas y emociones relacionadas con la violencia general	98
4.4.6. Instrumentos para evaluar impulsividad	99
4.4.7. Instrumentos para evaluar la calidad de la relación de pareja.....	100
4.5. Autorregistros.....	102
Capítulo 5: Aproximaciones teóricas de intervención	105
5.1. Revisión de las aproximaciones de tratamiento existentes	107
5.1.1. Aproximación sociocultural-feminista.....	107
5.1.2. Aproximaciones del aprendizaje social y modelo cognitivo-conductual.....	113
5.1.3. Aproximaciones psicopatológicas y de experiencias traumáticas	116
5.1.4. Aproximaciones sistémicas	117

Capítulo 6: Revisión de programas tratamiento psicológico para maltratadores.....	121
6.1. Programas pioneros en la intervención con maltratadores	123
6.2. Programas de intervención españoles para maltratadores dentro de prisión	127
6.3. Programas de intervención españoles para maltratadores fuera de prisión	130

Capítulo 7: Eficacia de las intervenciones psicológicas con maltratadores.....	135
7.1. Introducción	137
7.2. Eficacia de las intervenciones psicológicas sobre el nivel de reincidencia	140

PARTE SEGUNDA

Investigación empírica

Capítulo 8: Objetivos e hipótesis	161
--	------------

Capítulo 9: Método	169
9.1. Participantes.....	171
9.2. Diseño	177
9.3. Medidas.....	180
9.4. Procedimiento	185
9.5. Análisis estadísticos	191

Capítulo 10: Resultados.....	195
10.1. Tipología de maltratadores en función de variables psicológicas medidas en el pretratamiento	197
10.2. Eficacia del tratamiento sobre las variables psicológicas. Comparación de los resultados de los tres tipos de maltratadores frente a los del grupo de control	203
10.2.1. Eficacia sobre las tácticas de conflicto en las relaciones de pareja (agresividad hacia la pareja)	208
10.2.2. Eficacia sobre el consumo de alcohol.....	214
10.2.3. Eficacia sobre el ajuste de la relación de pareja	217
10.2.4. Eficacia sobre las características de personalidad límite	221
10.2.5. Eficacia sobre las características de psicopatía	225

10.2.6. Eficacia sobre la impulsividad	228
10.2.7. Eficacia sobre la ira	230
10.3. Eficacia del tratamiento sobre el nivel de reincidencia. Comparación de los resultados de los tres tipos de maltratadores frente a los del grupo de control	235
Capítulo 11: Discusión	237
11.1. Las tipologías como forma de clasificar a los maltratadores	239
11.2. Eficacia del tratamiento psicológico de maltratadores sobre variables psicológicas asociadas a la violencia hacia la pareja	244
11.2.1. Resultados en conducta	245
<i>11.2.1.1. Resultados en agresividad hacia la pareja</i>	245
<i>11.2.1.2. Resultados en consumo de alcohol</i>	249
<i>11.2.1.3. Resultados en ajuste de la relación de pareja</i>	251
11.2.2. Resultados en características de personalidad.....	254
<i>11.2.2.1. Resultados en características de personalidad límite</i>	254
<i>11.2.2.2. Resultados en características de psicopatía</i>	258
<i>11.2.2.3. Resultados en impulsividad</i>	260
11.2.3. Resultados en emociones	262
<i>11.2.3.1. Resultados en ira</i>	262
11.2.4. Resultados en los niveles de reincidencia	266
11.3. Líneas de investigación futuras	269
Bibliografía	277
Anexo: protocolo de evaluación	313

ÍNDICE DE TABLAS

Capítulo 1: Formas y patrones del comportamiento maltratador	3
Tabla 1.1. Convergencia entre diferentes tipologías de maltratadores (Adaptada de Bender y Roberts, 2007).....	21
Tabla 1.2. Correspondencia entre los diferentes tipos de maltratadores y los diferentes tipos de víctimas de malos tratos (Adaptada de Bender y Roberts, 2007)	23
Tabla 1.3. Resumen de las tipologías analizadas por Dixon y Browne (2003)	29
Tabla 1.4. Relación entre diferentes estudios sobre tipologías de maltratadores y la tipología de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994)	34
Capítulo 2: Epidemiología de la violencia en las relaciones de pareja	37
Tabla 2.1. Prevalencia anual de violencia física en parejas “clínicas” estadounidenses (información dada por mujeres).....	41
Tabla 2.2. Estudios sobre violencia en las relaciones de pareja en muestras españolas (Tabla tomada de Rodríguez, 2010)	45
Capítulo 3: Factores de riesgo asociados al maltrato	55
Tabla 3.1. Características de salud mental en maltratadores (Tabla tomada de Calvete, 2008)	65
Capítulo 4: Instrumentos de evaluación	77
Tabla 4.1. Procesos de cambio del Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente	93
Tabla 4.2. Instrumentos de evaluación para maltratadores (Tomada de Ruiz, Negro, Ruiz, García-Moreno, Herrero, Yela y Pérez, 2010).	101
Capítulo 7: Eficacia de las intervenciones psicológicas con maltratadores	135
Tabla 7.1. Estudios experimentales sobre la eficacia de las intervenciones con maltratadores. Comparación entre diferentes modalidades de tratamiento	145
Tabla 7.2. Diseños cuasi-experimentales y tamaño del efecto del tratamiento sobre los niveles de reincidencia.....	148
Tabla 7.3. Diseños experimentales y tamaño del efecto del tratamiento sobre los niveles de reincidencia	155
Capítulo 9: Método	169
Tabla 9.1. Características socio-demográficas de la muestra	176
Tabla 9.2. Protocolo de evaluación utilizado en los dos momentos de	

evaluación.....	180
Tabla 9.3. Escalas analizadas de la CTS2	182
Tabla 9.4. Resumen de las distintas fases del programa de tratamiento	186
Tabla 9.5. Objetivos generales del programa de intervención grupal	188
Capítulo 10: Resultados	195
Tabla 10.1. Distribución de variables sociodemográficas en función del conglomerado de pertenencia	198
Tabla 10.2. Diferencias en variables psicológicas entre los tres tipos de maltratadores	200
Tabla 10.3. Diferencias entre los tres tipos de maltratadores en la media de tácticas de conflicto perpetradas hacia la pareja en el último año de convivencia.....	202
Tabla 10.4. Distribución de variables socio-demográficas en función del grupo de pertenencia.....	204
Tabla 10.5. Características psicológicas de los maltratadores de riesgo alto, medio, bajo y grupo de control en la evaluación pretratamiento	206
Tabla 10.6. Medias de los grupos de pacientes en la Escala de Tácticas de Conflicto Revisada perpetración (CTS2) en el pretratamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias.....	209
Tabla 10.7. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en la Escala de Tácticas de Conflicto Revisada perpetración (CTS2)	210
Tabla 10.8. Medias de los grupos de pacientes en la Escala de Tácticas de Conflicto Revisada victimización (CTS2) en el pretatamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias.....	212
Tabla 10.9. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en la Escala de Tácticas de Conflicto Revisada victimización (CTS2).....	214
Tabla 10.10. Medias de los grupos de pacientes en el Test de Identificación de Trastornos de Uso del Alcohol (AUDIT) y el Cuestionario CAGE en el pretatamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias.....	215
Tabla 10.11. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en el Test de Identificación de Trastornos de Uso del Alcohol (AUDIT) y el Cuestionario CAGE.....	216

Tabla 10.12. Medias de los grupos de pacientes en la escala de Ajuste diádico en el pretatamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	217
Tabla 10.13. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en la escala de Ajuste diádico	220
Tabla 10.14. Medias de los grupos de pacientes en la Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad en el pretatamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	222
Tabla 10.15. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en la Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad.....	224
Tabla 10.16. Medias de los grupos de pacientes en la Escala de psicoaptía de Levenson en el pretatamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	226
Tabla 10.17. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en la Escala de psicopatía de Levenson	227
Tabla 10.18. Medias de los grupos de pacientes en la Escala de impulsividad de Plutchik en el pretatamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	229
Tabla 10.19. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en la Escala de impulsividad de Plutchik.....	229
Tabla 10.20. Medias de los grupos de pacientes en el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) en el pretatamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias	231
Tabla 10.21. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2)	233
Tabla 10.22. Medias de los grupos de pacientes en el número de detenciones y control específicos antes y después de su participación en el programa de tratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias.....	235
Tabla 10.23. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en el número de detenciones y controles específicos.....	236
Capítulo 11: Discusión	237
Tabla 11.1. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en las escalas de la CTS2 para cada uno de los 4 grupos analizados	245

Tabla 11.2. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en los cuestionarios AUDIT y CAGE para cada uno de los 4 grupos analizados	250
Tabla 11.3. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en las subescalas de la Escala de Ajuste diádico para cada uno de los 4 grupos analizados	252
Tabla 11.4. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en las subescalas de la Organización límite de la personalidad, para cada uno de los 4 grupos analizados	255
Tabla 11.5. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en las subescalas de Psicopatía para cada uno de los 4 grupos analizados.....	258
Tabla 11.6. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en Impulsividad para cada uno de los 4 grupos analizados.....	261
Tabla 11.7. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en Ira para cada uno de los 4 grupos analizados	262
Tabla 11.8. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en niveles de reincidencia para cada uno de los 4 grupos analizados	266

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Capítulo 2: Epidemiología de la violencia en las relaciones de pareja	37
Gráfico 2.1. Mujeres víctimas mortales por violencia de género. Evolución de los datos desde el 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2009.....	49
Gráfico 2.2. Procedencia de los agresores extranjeros (2003-2009).....	50
Gráfico 2.3. Procedencia de las víctimas extranjeras (2003-2009).....	51
Gráfico 2.4. Mujeres víctimas mortales por violencia de género desde el 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2009. Relación entre víctimas y agresores....	52
Gráfico 2.5. Evolución del número de denuncias por violencia de género del 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2009.....	53
Capítulo 9: Método	169
Gráfico 9.1. Distribución de la muestra en función del nivel de estudios (n = 310).....	173
Gráfico 9.2. Distribución de la muestra en función del estado civil (n = 310).....	173
Gráfico 9.3. Distribución de la muestra en función de la nacionalidad (n = 310).....	174
Gráfico 9.4. Distribución de la muestra en función de la pareja de los sujetos al iniciar el programa (n = 310)	175
Gráfico 9.5. Distribución de la muestra en función del tipo de delito (n = 310).....	175
Capítulo 11: Discusión	237
Gráfico 11.1. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) para las escalas de la CTS2-perpetración en cada uno de los grupos.....	248
Gráfico 11.2. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) para las escalas de la CTS2-victimización en cada uno de los grupos.....	249
Gráfico 11.3. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) en consumo de alcohol en cada uno de los grupos	251
Gráfico 11.4. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) en ajuste con la pareja en cada uno de los grupos	254
Gráfico 11.5. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) en características de personalidad límite en cada uno de los grupos	257
Gráfico 11.6. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) en características de psicopatía en cada uno de los grupos.....	260

Gráfico 11.7. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) en impulsividad en cada uno de los grupos.....	261
Gráfico 11.8. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) en ira en cada uno de los grupos	265
Gráfico 11.9. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) en reincidencia en cada uno de los grupos.....	268
Gráfico 11.10. Número de cambios de cada uno de los grupos por áreas.....	268

ÍNDICE DE FIGURAS

Capítulo 3: Factores de riesgo asociados al maltrato	55
Figura 3.1. Multicausalidad de la violencia de género. Variables del agresor	57
Capítulo 4: Instrumentos de evaluación	77
Figura 4.1. Autorregistro para evaluar ira.....	103
Figura 4.2. Autorregistro para evaluar respuestas de afrontamiento	104
Capítulo 5: Aproximaciones teóricas de intervención	105
Figura 5.1. Rueda del poder y el control (Domestic Abuse Intervention Project, 202 East Superior Street, Duluth, Minnesota 55802 218-722-2781)	109
Capítulo 8: Objetivos e hipótesis	161
Figura 8.1. Planteamiento general de la investigación	167
Capítulo 9: Método	169
Figura 9.1. Resumen de datos analizados en el presente estudio.....	172

PARTE PRIMERA

Fundamentos teóricos

Capítulo 1

Formas y patrones del comportamiento maltratador

1.1. Introducción

En los últimos años, la violencia en la pareja se ha convertido en uno de los problemas más importantes a los que se enfrenta la sociedad actual, no sólo por la magnitud del problema, sino también por la gravedad de las consecuencias personales, familiares, sociales y jurídicas derivadas del mismo, hasta el grado de ser reconocido como uno de los principales problemas de salud pública en el mundo (OMS, 1995; 2002).

Las estadísticas realizadas en los últimos años en diferentes países, muestran que la violencia y el maltrato en la pareja es un fenómeno cada vez más frecuente (Archer, 2000). La OMS (2002) señala que en el marco de la violencia interpersonal, y de acuerdo con encuestas de diversos países del mundo, entre el 10% y el 69% de las mujeres manifiesta haber sufrido agresiones físicas en algún momento de sus relaciones de pareja. En torno a un 20% dice haber sufrido algún tipo de abuso sexual en la infancia y, en algunos países, una de cada cuatro mujeres refiere haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja.

En Estados Unidos se estima que un 22% de las mujeres experimenta al menos una agresión física por parte de su pareja durante la edad adulta. Las estimaciones más conservadoras indican que por lo menos un millón de mujeres estadounidenses es víctima de violencia severa a manos de su pareja cada año (American Psychological Association, 1999). Mientras que los estudios realizados con muestras comunitarias estiman una prevalencia anual de violencia ejercida por el hombre contra su pareja entre un 9'8% y un 37'5% (Schafer, Caetano y Clark, 2002; Slep y O'Leary, 2005), aumentado la misma hasta un 67% o 90% (violencia física y psicológica, respectivamente) en muestras clínicas (en tratamiento psicológico, centros de acogida, sustitución de penas en procedimientos judiciales) (Archer, 2000; O'Leary, Cantos y Neidig, 1994).

En España, la prevalencia del maltrato doméstico es también elevada, pudiendo servir como referencias iniciales la estimación que oscila entre un 15% y un 30% de la población femenina (Echeburúa y Corral, 1998), o la estimación de que cada cinco días

muere una mujer debido a violencia doméstica (Varela, 2002). Por otro lado, los datos del III Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2010 (Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad, 2011) muestran que en el año 2009 hubo 55 víctimas mortales y 135.540 denuncias por malos tratos producidos por la pareja o ex pareja.

Todos estos datos nos permiten concluir que la violencia en la pareja es uno de los problemas sociales y de salud pública más importantes, tanto por su elevada incidencia como por la gravedad de las consecuencias negativas, físicas y psíquicas, que tiene para las víctimas y sus familiares (Capaldi, Shortt y Kim, 2005; Labrador, Rincón, de Luis y Fernández-Velasco, 2004; Muñoz-Rivas, Andreu, Graña, O'Leary y González, 2007). Por ello, surge en el año 2004 La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Boletín Oficial del Estado, 2004), que establece en su exposición de motivos que, en la realidad española, las agresiones sobre las mujeres tienen una especial incidencia, motivo por el cual los poderes públicos no pueden ser ajenos a dicho fenómeno, pues constituye uno de los ataques más flagrantes a derechos fundamentales proclamados en nuestra Constitución como la libertad, la igualdad, la vida, la seguridad y la no discriminación. Por ello, enfatiza el establecimiento de medidas de sensibilización e intervención en el ámbito educativo, transmitiendo valores de respeto a la dignidad de las mujeres y a la igualdad entre hombres y mujeres, y en el ámbito sanitario para optimizar la detección precoz y la atención física y psicológica de las víctimas, en coordinación con otras medidas de apoyo como los protocolos de actuación ante las agresiones. Además, en su Título IV dedicado a la tutela penal, establece en el artículo 35 sobre “sustitución de penas” que *“en el caso de que el reo hubiera sido condenado por un delito relacionado con la violencia de género, ..., el Juez o Tribunal impondrá adicionalmente la sujeción a programas específicos de reeducación y tratamiento psicológico...”* (L.O. 1/2004, de 28 de Diciembre).

De la necesidad y la obligación de intervenir con hombres que han sido condenados por violencia de género, empiezan a surgir y se vienen desarrollando e implantando en los últimos años, diferentes programas de tratamiento psicológico. Estos programas se basan en que existe un conjunto de factores de riesgo, relacionados con el

maltrato hacia la pareja, que son modificables desde un punto de vista clínico. Por tanto, aunque el maltratador es responsable de sus conductas, presenta una serie de limitaciones psicológicas sobre las que se puede intervenir.

El objetivo fundamental y último de estos programas de tratamiento es el control de la violencia física, sexual y psicológica, con resultados hasta ahora esperanzadores, ya que son muchos los estudios que concluyen que se produce una mejoría significativa en los agresores (Davis, Taylor y Maxwell, 2001; Dobash, Dobash, Cavanagh y Lewis, 1996; Dunford, 2000; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; Gondolf, 1997a; Morrel, Elliott, Murphy y Taft, 2003; O'Leary, Heyman y Neidig, 1999; Tutty, Bidgood, Rothery y Bidgood, 2001). Sin embargo, y pesar de estos buenos resultados iniciales, el objetivo de numerosas investigaciones actuales, es poder determinar con exactitud hasta qué punto estos programas son eficaces o si lo son para todo tipo de maltratadores.

1.2. Tipos de violencia

Las Naciones Unidas, en el artículo 1 de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, definen lo que debe considerarse como violencia contra la mujer: *todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada* (Naciones Unidas, 1994).

Legalmente, el maltrato doméstico se define en términos de amenazas a la integridad física de la otra persona, contacto físico no permitido y una variedad de ofensas hacia la pareja tales como acoso telefónico, acechar o destruir la propiedad (Murphy y Eckhardt, 2005). Otras definiciones como la de Walker (1999) establecen que la violencia de género se define como un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y psicológico, usado por una persona en una relación contra otra, para ganar o para mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona.

Dentro de las conceptualizaciones y definiciones que existen sobre la violencia ejercida hacia la pareja, existen 3 términos que en ocasiones se utilizan como sinónimos para referirnos a este tipo de situaciones, pero que en realidad son diferentes (Labrador et al., 2004). Por un lado, entendemos por “violencia conyugal” la violencia en una relación de pareja, en un inicio sólo aplicable a una relación matrimonial, pero hoy en día extensible a cualquier tipo de pareja (con independencia del nivel de compromiso contraído públicamente o de la orientación sexual de sus miembros), es decir, relaciones de noviazgo, convivencia matrimonial e incluso ex parejas, independientemente de que se trate de parejas heterosexuales u homosexuales. En cambio, por “violencia familiar” entendemos el maltrato o la violencia que se da entre miembros de una misma familia, por lo que se incluye no sólo la violencia conyugal, sino también la violencia entre hermanos, el maltrato de padres a hijos y la violencia hacia ancianos (ejercido por familiares o cuidadores). Y en último lugar, entendemos por “violencia doméstica” la violencia que se da entre personas que comparten vivienda, tengan o no relación de parentesco. Además, en la actualidad, no es necesario que la pareja viva en el mismo domicilio para poder hablar de “violencia doméstica”.

En un episodio de violencia doméstica suelen aparecer diferentes tipos de maltrato: físico, sexual y psicológico. A pesar de que suelen aparecer interrelacionados y de que, en ocasiones, sea muy difícil encontrar un incidente de violencia doméstica donde únicamente aparezca violencia de un solo tipo (por ejemplo una agresión sexual casi siempre suele ir acompañada de violencia física e insultos), a continuación se exponen cada uno de estos 3 tipos de maltrato, a fin de tener una visión más clara de los componentes concretos que pueden aparecer en el problema, utilizando el concepto de *maltrato* entendiendo que es un concepto más general intentando resaltar que el problema de la violencia doméstica incluye un grupo de comportamientos más amplio que los meros actos físicos de violencia. La conceptualización de las funciones y señales de maltrato generalmente requiere esta perspectiva más amplia, especialmente con respecto a los patrones de maltrato emocional y conductas de control.

1.2.1. Maltrato físico

El maltrato físico puede definirse como ataques directos contra la integridad física de otra persona. Las definiciones más clásicas como la de Buss (1961) definen la violencia física como un ataque contra un organismo perpetrado por partes del cuerpo (brazos, piernas, dientes) o por el empleo de armas (cuchillos, pistolas). Sin embargo, según esta definición tirar un objeto contra otra persona pero errar y dar a la pared, no constituiría violencia física, ya que no daña directamente a un organismo. En la actualidad, se considera violencia o maltrato físico cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar el organismo de otra persona, de modo que encierre riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta (Labrador et al., 2004). Con esta definición se hace hincapié en la intencionalidad de causar daños, independientemente de que se consiga.

Dentro del maltrato físico, podemos diferenciar entre agresiones moderadas y agresiones severas, en función de las consecuencias y del daño que produzcan en la víctima. Por ejemplo, entendemos por agresiones severas el uso de armas, dar palizas, estrangular, golpear con objetos contundentes y dar puñetazos, mientras que ejemplos de agresiones moderadas serían agarrar, empujar y abofetear.

A pesar de esta diferenciación, este tipo de conductas forman parte de un mismo continuo (Barling, O'Leary, Jouriles, Vivian y MacEwen, 1987; Pan, Neidig y O'Leary, 1994a), ya que es muy difícil que aparezcan agresiones físicas severas sin que previamente existan formas más moderadas de violencia (Straus, 1979).

De cualquier modo, y aunque formen parte del mismo continuo, es importante diferenciarlas a nivel de consecuencias para la víctima: mientras la agresión severa conlleva una mayor probabilidad de lesiones físicas, la agresión moderada es menos susceptible de producir daños físicos, aunque un empujón o bofetada que en principio sería una agresión no tan grave, puede provocar una caída o el impacto contra un objeto contundente, pudiendo causar también lesiones muy graves.

1.2.2. Maltrato psicológico

Hasta hace relativamente pocos años, la violencia psicológica había recibido mucha menos atención, considerándola a menudo como una forma de violencia secundaria y menos grave que el maltrato físico. Sin embargo, existen datos que nos muestran la necesidad de empezar a analizar en profundidad esta forma de violencia y sus consecuencias. Por ejemplo, en España se estima que el maltrato psicológico medido con la escala CTS2, oscila entre el 40,3% y el 44,7% (Medina-Ariza y Barberet, 2003), en mujeres casadas o que conviven en pareja, o recientemente separadas o divorciadas, mayores de 17 años. Asimismo, se encuentran tasas igualmente elevadas en parejas jóvenes con relaciones de noviazgo, tanto en muestras españolas (Muñoz-Rivas et al., 2007) como anglosajonas (Straus y Sweet, 1992).

Además, el maltrato psicológico tiene un impacto sobre la salud mental de la víctima equiparable, como mínimo, al del abuso físico (Almendros, Gámez-Guadix, Carrobles, Rodríguez-Carballeira y Porrúa, 2009). En el trabajo de Follingstad, Rutledge, Berg, Hause y Polek (1990) se encontró que el 72% de las mujeres maltratadas manifestaban que el abuso emocional había tenido un impacto más grave que el físico y el 46% destacaban la ridiculización como la peor forma de maltrato. Varias investigaciones han encontrado que el maltrato psicológico se asocia, con mayor fuerza que la agresión física, con una amplia gama de problemas y sintomatología psicológica (Aguilar y Nightingale, 1994; Tolman y Bhosley, 1991). Fritz y O'Leary (2004) realizaron un estudio longitudinal durante un período de 10 años con 203 mujeres de población general que informaron sobre agresiones recibidas y ejercidas, por o sobre sus parejas respectivamente. Mientras que las agresiones físicas iban disminuyendo a lo largo del tiempo, no se encontró un patrón significativo de cambio en lo referente a la agresión psicológica, manteniéndose estable en el tiempo, tanto para agresiones a la mujer como al marido. El hecho de que el maltrato psicológico se mantenga en el tiempo mucho más que el físico, nos hace entender la gravedad de las posibles consecuencias sobre las víctimas, y la importancia de analizar estas formas de abuso, que en un principio se consideraban menos graves.

Murphy y Hoover (1999) delimitaron cuatro tipos de maltrato psicológico que difieren tanto en su forma como en la función interpersonal que poseen. El primer tipo, etiquetado como *dominancia/intimidación*, incluye comportamientos que comparten similitudes con el ataque físico y que tienen como principal objetivo producir miedo o sumisión en la pareja. Estos comportamientos consisten en amenazas de causar daño, por ejemplo amenazas de herir o matar a la pareja, a sí mismo o a otros; violencia hacia objetos, como golpear paredes, arrojar objetos o romper objetos valiosos para la pareja; y miradas o gestos de intimidación, como permanecer alrededor de la pareja de manera amenazadora durante un conflicto o desacuerdo.

El segundo tipo de maltrato psicológico, etiquetado como *denigración*, consiste en desvalorizar, criticar y humillar a la pareja con intención hacerla sentir mal y dañar su autoestima. Por ejemplo, llamar a la pareja estúpida, fea, inútil, loca, etc. humillándola o desvalorizándola delante de amigos o familiares. Este tipo de maltrato, tiende a correlacionar positivamente con agresiones físicas posteriores. Además, este tipo de ataques a la autoestima producen algunos de los daños más graves y duraderos experimentados por las víctimas de violencia doméstica (Follingstad et al., 1990).

Un tercer tipo de maltrato psicológico se denomina *aislamiento* consiste en que el agresor intenta controlar el entorno de la pareja y aislarla de sus amigos, así como de las actividades gratificantes que la víctima realiza en su vida diaria. Ejemplos de este tipo de aislamiento son investigar y espiar a la pareja, revisar sus pertenencias personales, escuchar sus conversaciones telefónicas, intentar forzar a la pareja para que no vea a amigos o familiares, intentar acabar con sus relaciones personales, intentar que no consiga trabajo o que deje de estudiar, etc. Este tipo de comportamientos tienen como objetivo fundamental incrementar la dependencia económica y emocional de la víctima hacia el maltratador.

Por último, el cuarto tipo de maltrato psicológico, *retirada de atención*, consiste en comportamientos de evitación dirigidos a que el maltratador ignore a la pareja, o cuestiones que son importantes para ella y la castigue con retiradas de afecto o atención. Por ejemplo, actuar con excesiva frialdad cuando está enfadado, negarse a discutir cosas

que son importantes para la pareja, ignorar preocupaciones que pueda tener la pareja, ignorarla, etc.

Además de estos cuatro tipos de maltrato psicológico, existe una última categoría denominada *violencia económica* que tiene que ver con el control de los recursos económicos y el sometimiento derivado de ese control. Serían ejemplos de este tipo de violencia el que el agresor sea el único que puede disponer del dinero familiar, no dando dinero a la pareja o dándoselo justo para ir a la compra, por ejemplo, obligándola a pedírselo cada vez que necesite dinero, etc. (Sanmartín, 2004).

1.2.3. Coerción y violencia sexual

Una última forma de maltrato hacia la pareja es la coerción y violencia sexual (Frieze, 1983; Russell, 1982; Walker, 1984). Estos actos abarcan un continuo desde presión para mantener relaciones sexuales hasta la agresión sexual propiamente dicha. Algunos comportamientos de esta categoría combinan coerción sexual con maltrato psicológico, por ejemplo en los comentarios de humillación y denigración relativos al atractivo de la pareja o al acto sexual.

Las conductas sexuales agresivas y controladoras son muy comunes entre los hombres maltratadores. Walker (1984) encontró que cerca del 60% de mujeres maltratadas informaron de que fueron forzadas sexualmente por sus parejas. Y Frieze (1983) observó que aproximadamente un tercio de mujeres maltratadas experimentaron sexo forzado equivalente a la definición legal de violación.

Las investigaciones actuales diferencian entre dos tipos de conductas agresivas sexuales. En primer lugar, la llamada *coerción sexual* que se define por los esfuerzos del agresor para obtener gratificación o sumisión sexual a través de conductas como la presión verbal, comentarios denigrantes o amenazas de acabar con la relación. Y, en segundo lugar, la denominada *violencia sexual*, que sería la amenaza de forzar o el uso de la fuerza en un intento de obtener sexo vaginal, oral o anal. Estos últimos comportamientos constituyen abuso sexual o violación desde una perspectiva legal,

mientras que los actos anteriores (*coerción*) pueden constituir abuso sexual en algunos casos pero no en otros.

Las violencia sexual no es solo presionar verbalmente para mantener relaciones o la agresión sexual propiamente dicha, también se considera maltrato sexual el ser presionada o forzada a interpretar actos pornográficos, participar en actividades sadomasoquistas, tener sexo con múltiples parejas o participar en actos sexuales dolorosos o humillantes (Walker, 1984). Asimismo, algunos maltratadores niegan el sexo a su pareja de manera humillante y denigrante. Y, en otras ocasiones, si la pareja rechaza el sexo o muestra desinterés, algunos individuos amenazan verbalmente a la pareja o le retiran dinero, u otras fuentes de refuerzo, como castigo.

1.3. Tipos de maltratadores

Aunque la violencia dentro de las relaciones de pareja puede ser bidireccional, gran parte de los actos violentos que se producen, y sobre todo con consecuencias físicas más graves, son ejercidos del hombre hacia la mujer (Holtzworth-Munroe, Smutzler, Sandin y Sandin, 1997). De ahí, que muchas investigaciones se hayan centrado en analizar y delimitar las características de estos hombres maltratadores, con el objetivo de comprender mejor sus motivaciones y la dimensión del problema.

Bajo este enfoque, surgen las investigaciones dedicadas a establecer tipologías de maltratadores, ya que si bien es difícil que una tipología pueda explicar todos los casos, sí nos pueden ayudar a entender las características más relevantes de este tipo de población. El poder “clasificar” de alguna manera a los diferentes tipos de agresores, será de gran importancia a la hora de desarrollar intervenciones más específicas que aborden los riesgos y necesidades particulares de cada subtipo (diferentes motivaciones para agredir, diferentes necesidades de tratamiento y diferente intensidad de los daños que pueden causar).

Los estudios pioneros sobre tipologías de maltratadores empezaron durante la década de los años 70. Una de las primeras investigaciones fue la de Elbow (1977)

quien encontró que los maltratadores presentaban ciertas alteraciones de la personalidad, causadas fundamentalmente por malos patrones de crianza durante la infancia. Según Elbow existen 4 tipos de maltratadores, cuya diferencia fundamental es el motivo por el que agreden a sus parejas: (a) el *controlador* ve a su pareja como un objeto que le sirve para mantener el control, (b) el *defensor* necesita sobreproteger a su pareja, (c) el *buscador de aprobación* busca mejorar su propia auto-imagen a través del uso de la violencia, y (d) el *incorporador* ve a su pareja como parte de sí mismo y necesita de su pareja para auto-definirse.

Otro de los primeros intentos de clasificar en diferentes subtipos a esta población, fue el de Roberts (1987) quien analizó a 234 maltratadores comparando a aquellos que finalmente fueron procesados por violencia de género (aproximadamente el 40%) frente a los que fueron denunciados y detenidos pero no llegaron a ser procesados judicialmente. Roberts concluye que los que llegaban a ser procesados, se caracterizaban por ser jóvenes (20-34 años), convivir con la víctima pero sin estar casados, estar desempleados o tener trabajos más bien de tipo físico o manual y ser consumidores de drogas.

Tras estas primeras tipologías se fue haciendo evidente que no todos los maltratadores eran iguales, muy al contrario, los estudios concluían que se trata de una población heterogénea con diferentes patrones de violencia. Por ejemplo, Saunders (1992) confirmó algunos puntos de la tipología propuesta por Elbow (1977) en un estudio con 182 hombres que participaban en un programa de tratamiento para maltratadores. Saunders encontró que podía clasificar a estos hombres en 3 categorías:

- *Maltratadores Tipo I*, caracterizados porque solo agreden dentro de la familia, con unos episodios de violencia de menos gravedad, con presencia de déficits a la hora de expresar emociones, pero sin ideas o actitudes machistas sobre la mujer y los roles de género, ni tampoco presencia de abusos en su infancia.
- *Maltratadores Tipo II*, que ejercen actos violentos de mayor gravedad, tienen actitudes muy rígidas acerca de los roles de género y el papel de la mujer y presentan historias de abuso infantil de bastante gravedad.

- *Maltratadores Tipo III*, son inestables emocionalmente, con temor a ser abandonados por sus parejas y con niveles elevados de depresión, ideas de suicidio e ira.

Uno de los estudios sobre tipologías de maltratadores más importantes y que mayor apoyo empírico ha recibido hasta la actualidad, es el de Holtzworth-Monroe y Stuart (1994). Para establecer su tipología, estos autores revisaron 15 tipologías de maltratadores existentes, encontrando que todas ellas se definían a partir de tres áreas o dimensiones:

- ✓ Gravedad y frecuencia de las agresiones: intensidad de las agresiones (leve, moderada o alta) y si la violencia era de tipo psicológico, físico o sexual.
- ✓ Generalidad de la violencia: teniendo en cuenta si, además de violencia hacia la pareja, es agresivo con otras personas de fuera de la familia o si hay presencia de otros comportamientos delictivos.
- ✓ Presencia de psicopatología (trastornos de personalidad, abuso de sustancias o depresión).

A partir de estas tres dimensiones Holtzworth-Monroe y Stuart proponen una tipología con tres categorías: los maltratadores *violentos únicamente con la familia*, los *borderline o disfóricos* y los *violentos en general o antisociales*.

Aunque algunos estudios solo han podido encontrar en sus muestras los dos grupos más graves propuestos en la tipología de Holtzworth-Monroe y Stuart (Chase, O'Leary y Heyman, 2001; Tweed y Dutton, 1998), otros estudios que contaban con muestras más amplias sí concluían que los maltratadores tienden a agruparse en una de estas tres categorías (Hamberger, Lohr, Bonge y Tonlin, 1996; White y Gondolf, 2000).

Los propios autores de la tipología analizaron en el año 2000 a 102 hombres agresivos físicamente con sus parejas (Holtzworth-Monroe, Meehan, Herron, Rehman y Stuart, 2000). El resultado fue que pudieron agrupar a estos hombres en las tres categorías propuestas, si bien aparecía un subgrupo adicional de hombres con

características antisociales más leves, similares a los *violentos en general/antisociales* pero no tan graves. En este estudio se analizaron también diferentes variables que predecían la inclusión de los maltratadores en uno u otro grupo (variables referentes a las pautas de crianza durante la infancia, habilidades sociales, actitudes hacia las mujeres, etc.) y que ayudan a describir de una manera mucho más detallada a cada categoría:

- Los maltratadores *violentos únicamente con la familia* se caracterizan, como su propio nombre indica, por ejercer violencia solamente en la familia y son menos desviados en variables como impulsividad, consumo de alcohol y drogas y conducta delincuente. Suelen tener déficits de habilidades sociales y de comunicación, con frecuencia han presenciado agresiones en la familia de origen y presentan altos niveles de dependencia de su pareja. Sus relaciones de pareja suelen ser relativamente estables y, en comparación con los otros dos tipos, muestran mayores niveles de remordimiento tras el acto violento. No presentan trastornos psicopatológicos, por lo que su entorno les ve como personas perfectamente “normales”. En resumen, sus niveles de violencia (física, sexual y psicológica) hacia la pareja son menores que en los otros dos tipos y son los que tienen menores niveles de conductas delictivas, depresión, ideas o intentos suicidas, ira, celos y consumo de alcohol y drogas, en comparación con los otros dos tipos de maltratadores.
- Los maltratadores *disfóricos/borderline*, suelen limitar sus actos violentos a sus parejas y experimentan altos niveles de malestar psicológico en forma de trastornos del estado de ánimo (depresión y ansiedad) y de la personalidad. Presentan por tanto problemas emocionales, especialmente de control de la ira y de celos. Suelen caracterizarse por presentar una historia de rechazo por parte de sus padres, abuso infantil, alta dependencia de su pareja, déficits en habilidades sociales y de comunicación, hostilidad hacia las mujeres y bajo nivel de arrepentimiento por la violencia ejercida. Las investigaciones muestran que este tipo de maltratadores tienen niveles más altos de violencia hacia sus parejas que los maltratadores no

patológicos (los que ejercen violencia solo dentro de la familia) y que los *borderline* son más impulsivos que los *antisociales* (Tweed y Dutton, 1998). También presentan mayor consumo de alcohol y drogas en comparación con los que sólo ejercen violencia dentro de la familia (Hamberger et al., 1996). Tienen mayores tendencias depresivas y suicidas, necesitan aprobación de los demás, son celosos y pesimistas respecto a poder dejar de agredir y solucionar su problema. Y, en comparación con los otros dos tipos, los maltratadores *borderline* han sufrido con mayor frecuencia abusos en la infancia (Hamberger et al., 1996; Johnson, Gilchrist, Beech, Weston, Takriti y Freeman, 2006).

- Los maltratadores *violentos en general o antisociales* son el subtipo de mayor riesgo. Suelen ejercer violencia de moderada a severa, de tipo físico, psicológico y sexual. A menudo han sido víctimas de violencia en su familia de origen y suelen tener antecedentes penales. También es característico en este grupo los déficits en habilidades sociales y que presenten creencias que justifican la violencia como una respuesta apropiada a la provocación. Según Holtzworth-Munroe y Stuart, en este grupo son habituales los trastornos de personalidad antisocial y narcisista. Son hombres muy centrados en sí mismos y en sus necesidades y carecen de empatía. Ven al resto de personas, incluidas sus parejas, como objetos que sirven para conseguir sus fines. Este tipo de maltratadores presentan altos niveles de violencia hacia sus parejas, al mismo nivel, e incluso agresiones más graves y severas, que los maltratadores *borderline*, y cometen agresiones más graves y severas que los *no patológicos*. Asimismo, cometen actos de violencia sexual hacia sus parejas de mayor gravedad, comparados con los otros dos tipos de maltratadores. Además, como su propio nombre indica, también cometen más actos violentos en general, fuera de la pareja, que los otros dos tipos. Suelen consumir alcohol y drogas, atribuyen sus problemas emocionales a causas externas, y tienen niveles elevados de ira (Holtzworth-Munroe et al., 2000).

Otra de las tipologías más importantes y que más evidencia empírica acumula es la de Hamberger y Hastings (1986) quienes examinaron los diferentes tipos de personalidad presentes en este tipo de población. Utilizaron para ello, entre otros, el MCMI (Millon, 1983) y clasificaron a 99 hombres que participaban en un programa de intervención psicológica para maltratadores. Los autores encontraron tres categorías diferenciadas en función de tres tipos de personalidad diferentes: trastorno de personalidad *esquizoide/borderline* (asocial, retraído, malhumorado, con cambios repentinos del estado de ánimo, disfórico, altamente volátil, con niveles altos de ansiedad y depresión, problemas de consumo de alcohol), trastorno de personalidad *narcisista/antisocial* (agresivo, centrado en sí mismo, utilizando a los demás para alcanzar sus objetivos) y trastorno de personalidad *pasivo/dependiente/compulsivo* (con conflictos intra e inter personales). Además, los autores señalaron que solo el 12% de los hombres no presentaban evidencias de psicopatología, de lo que podemos concluir no solo que existen diferentes subtipos de personalidad en vez de un único perfil de maltratador, sino que, además, existe una elevada presencia de psicopatología entre ellos. Sin embargo, en un estudio posterior con 804 maltratadores, Gondolf (1999) replicó esta tipología utilizando la misma medida estandarizada, pero no encontró tasas tan elevadas de trastornos de personalidad (menos de la mitad en comparación con el 85% encontrado en estudios anteriores).

En 1996 Hamberger y colaboradores volvieron a realizar un estudio sobre tipologías, teniendo en cuenta ahora no solo características psicopatológicas, sino también patrones de comportamiento. Analizaron 204 perfiles de maltratadores y llegaron a una tipología muy similar a la de Holtzworth-Monroe y Stuart (1994). Lo que Hamberger et al. denominaron *maltratadores de bajo riesgo*, sin presencia de psicopatología y con bajos niveles de violencia (solo en el hogar), es muy similar al tipo de maltratador *violento sólo con la familia* de Holtzworth-Monroe y Stuart. El subgrupo que Hamberger y colaboradores denomina *pasivo/agresivo/dependiente* también es similar al grupo *borderline-disfórico* de Holtzworth-Monroe y Stuart, y el *violento en general/antisocial* se correspondería con el *narcisista/antisocial* de Hamberger. Uno de los estudios más recientes que ha encontrado evidencia que apoya esta tipología es el de Lohr, Bonge, Witte, Hamberger y Langhinrichsen-Rohling (2005) quienes concluyeron

que se puede clasificar a estos hombres con bastante precisión en estas tres categorías propuestas por Hamberger y colaboradores.

Cabe mencionar también la tipología propuesta por Gondolf (1988) quien recogió datos de 6.000 mujeres maltratadas y estableció una tipología basada principalmente en la gravedad y la generalización de la violencia. Gondolf diferencia entre maltratadores *Tipo I* (sociópatas con altos niveles de violencia dentro y fuera del hogar), *Tipo II* (hombres antisociales que maltratan física y psicológicamente a sus parejas, pero que no suelen ser agresivos fuera del ámbito del hogar) y maltratadores *Tipo III* (con conductas violentas menos severas y con poca probabilidad de que ocurran fuera del hogar).

Utilizando un enfoque fisiológico, Gottman, Jacobson, Rushe, Shortt, Babcock, La Taillade, et al. (1995) desarrollaron también una tipología con una muestra de 61 hombres muy violentos a los que medían la frecuencia cardíaca en dos momentos temporales, estando en reposo y durante el transcurso de un conflicto. Los autores encontraron que en un 20% de los casos, la frecuencia cardíaca disminuía cuando agredían verbalmente. Gottman et al. (1995) llamaron a este tipo de maltratadores *Tipo I* o *cobra*, que eran más violentos física y verbalmente y muy peligrosos a nivel social (parecido al grupo de los *violentos en general/antisociales* de Holtzworth-Monroe y Stuart). El resto de los hombres del estudio tuvieron la reacción contraria, es decir, su frecuencia cardíaca aumentó durante el conflicto, y los denominó maltratadores *Tipo II* o *pitbull*, que se caracterizaban por mostrar más inseguridad, más dependencia emocional y por ejercer actos violentos no tan severos y solo en el hogar (similares a los *disfóricos/borderline* de Holtzworth-Monroe y Stuart).

Por último, cabe mencionar la tipología propuesta por Johnson (1995) basada en este caso en el “control”. Según Johnson, la violencia dentro de las relaciones de pareja puede ser de 4 tipos diferentes. *La violencia común de pareja*, caracterizada porque no produce agresiones severas y no escala a actos más graves, a pesar de que ambos miembros de la pareja están inmersos en la discusión. Este tipo de actos violentos, al estar implicados ambos miembros, se producen no tanto con la intención de controlar a la pareja a nivel global, sino por la necesidad de controlar la situación conflictiva

específica sobre la que están discutiendo. Otro tipo de violencia sería la *resistencia a la violencia*, que se produce cuando un miembro de la pareja responde con violencia a abusos, agresiones o intentos de control por parte del otro miembro. En tercer lugar, el *terrorismo íntimo*, que se caracteriza por violencia más severa, que probablemente escalará con el tiempo y que tiene como objetivo establecer un patrón de control sobre la pareja. Y, por último, lo que Johnson denominó *control violento mutuo*, donde la violencia y el control se da por ambas partes.

A partir de todas estas tipologías, Cavanaugh y Gelles (2005) sintetizaron aquellos aspectos y dimensiones comunes a todas ellas y lograron identificar similitudes entre los diferentes modelos de distintos autores. Cavanaugh y Gelles concluyeron que la mayoría de las tipologías clasifican a los maltratadores en un continuo de nivel de riesgo: bajo, moderado o alto. Los maltratadores de *riesgo bajo* serían aquellos que apenas ejercen violencia severa, las agresiones son poco frecuentes, no tienen trastornos psicopatológicos y no tienen antecedentes penales. Los maltratadores de *riesgo moderado* se caracterizarían por una mayor frecuencia y gravedad de los actos violentos y mayor presencia de psicopatología y, por último, en los de *riesgo alto* los actos violentos hacia la pareja son muy frecuentes y graves, tienen una alta presencia de problemas psicopatológicos y frecuentemente otras formas de comportamiento criminal.

Tabla 1.1. Convergencia entre diferentes tipologías de maltratadores (Adaptada de Bender y Roberts, 2007).

TIPOLOGÍA MALTRATADORES	Descripción
Riesgo bajo	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Violento solo en la familia</i> (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994) ▪ <i>Tipo III</i> (Gondolf, 1988) ▪ <i>No patológico</i> (Hamberger et. al., 1996) ▪ <i>Violencia normal de pareja</i> (Johnson, 1995) ▪ <i>No patológico</i> (Hamberger y Hastings, 1986) ▪ <i>Tipo I-solo violentos con la familia</i> (Saunders, 1992) 	<ul style="list-style-type: none"> - Baja frecuencia de actos de violencia severa - Baja frecuencia de actos violentos en general - Ausencia o poca psicopatología - Normalmente sin antecedentes penales
Riesgo moderado	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Disfórico-borderline</i> (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994) ▪ <i>Pasivo-agresivo-dependiente</i> (Hamberger et. al., 1996) ▪ <i>Tipo II- pit bull</i> (Gottman et al., 1995) ▪ <i>Personalidad pasiva dependiente/compulsiva</i> (Hamberger y Hastings, 1986) 	<ul style="list-style-type: none"> - Frecuencia moderada de actos violentos en general - Frecuencia moderada de actos violentos graves o severos - Presencia entre moderada y alta de psicopatología
Riesgo elevado	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Violentos en general/antisociales</i> (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994) ▪ <i>Tipos I y II</i> (Gondolf, 1988) ▪ <i>Antisociales</i> (Hamberger et. al., 1996) ▪ <i>Tipo I-cobra</i> (Gottman et al., 1995) ▪ <i>Terrorismo íntimo</i> (Johnson, 1995) ▪ <i>Personalidad esquizoide/borderline</i> (Hamberger y Hastings, 1986) ▪ <i>Personalidad narcisista/antisocial</i> (Hamberger y Hastings, 1986) 	<ul style="list-style-type: none"> - Aparecen frecuentemente actos de violencia severa o grave - Emplean de manera muy frecuente la violencia en general - Niveles altos de psicopatología - Normalmente tienen antecedentes penales

Tabla adaptada de Bender y Roberts (2007).

Por otro lado Roberts y Roberts (2005) desarrollaron una tipología de mujeres maltratadas derivadas de la información que obtuvieron a partir de entrevistas con 501 mujeres maltratadas, donde se les preguntaba acerca de los incidentes de violencia que habían sufrido a manos de sus parejas, si habían denunciado algún incidente a la policía, además de una serie de datos sociodemográficos. A partir de estos datos Roberts y Roberts identificaron un continuo dentro de las características de las mujeres maltratadas, continuo que constaba de 5 niveles: corto plazo, intermedio, intermitente a largo plazo, crónico y predecible y homicida. El pasar de un nivel a otro dependía de la duración y severidad del abuso.

A partir de la tipología de maltratadores de Cavanaugh y Gelles (2005) y la tipología de mujeres maltratadas de Roberts y Roberts (2005), Bender y Roberts (2007) relacionan ambas tipologías haciendo corresponder los diferentes tipos de maltratadores con el riesgo para las víctimas. El nivel de riesgo de las víctimas oscila entre el nivel 1 (violencia de menor frecuencia e intensidad, con pocos daños y abandono rápido de la relación de pareja) y el nivel 5 relacionado con una gravedad máxima y que incluye a víctimas que mataron a su pareja después de haber sufrido amenazas muy graves de muerte por parte de ésta y que, además, había quebrantado la orden de alejamiento impuesta.

Tabla 1.2. Correspondencia entre los diferentes tipos de maltratadores y los diferentes tipos de víctimas de malos tratos (Adaptada de Bender y Roberts, 2007).

Hombre maltratador		Mujer maltratada	
Tipología	Tipología	Descripción	
<i>Maltratadores de riesgo bajo</i> Cavanaugh y Gelles (2005)	<i>Nivel 1 – Corto plazo</i> Roberts y Roberts (2005)	✓	Intensidad del maltrato de media a moderada
		✓	De 1 a 3 episodios de maltrato
		✓	Clase media; educación secundaria
		✓	Apoyo social
<i>Maltratadores de riesgo moderado</i> Cavanaugh y Gelles (2005)	<i>Nivel 2 – Intermedio</i> Roberts y Roberts (2005)	✓	Maltrato moderado o grave
		✓	De 3 a 15 episodios de maltrato
		✓	Emparejadas desde varios meses hasta 2 años
	<i>Nivel 3 – Intermitente a largo plazo</i> Roberts y Roberts (2005)	✓	Clase media
		✓	Abandono de la relación por daños y contusiones
		✓	Apoyo social
<i>Maltratadores de riesgo elevado</i> Cavanaugh y Gelles (2005)	<i>Nivel 3 – Intermitente a largo plazo</i> Roberts y Roberts (2005)	✓	Maltrato intenso, grave e inesperado (largos periodos sin violencia entre episodios violentos)
		✓	De 4 a 30 episodios de maltrato
		✓	Casadas y con hijos
	<i>Nivel 4 – Crónico y predecible</i> Roberts y Roberts (2005)	✓	Permanecen en convivencia hasta que los niños crecen o dejan el hogar
		✓	Clase media-alta
		✓	Sin apoyo social
<i>Maltratadores de riesgo elevado</i> Cavanaugh y Gelles (2005)	<i>Nivel 4 – Crónico y predecible</i> Roberts y Roberts (2005)	✓	Maltrato grave, repetido y predecible
		✓	Violencia precipitada habitualmente por el consumo de alcohol o drogas
		✓	Casadas y con hijos
	<i>Nivel 5 – Homicida</i> Roberts (2007); Roberts y Roberts (2005)	✓	El maltrato se mantiene hasta que el marido es arrestado, hospitalizado o muere
		✓	Clase baja-media
		✓	La violencia se incrementa hasta llegar al homicidio del agresor, precipitado por amenazas de muerte explícitas
<i>Maltratadores de riesgo elevado</i> Cavanaugh y Gelles (2005)	<i>Nivel 5 – Homicida</i> Roberts (2007); Roberts y Roberts (2005)	✓	Presencia de armas en casa
		✓	Numerosos actos violentos y graves
		✓	Casadas o en convivencia con el agresor
		✓	Clase social baja; bajo nivel educativo
		✓	Las mujeres suelen sufrir trastorno de estrés postraumático, ideas de suicidio o síndrome de la mujer maltratada

Si bien este tipo de tipologías comparando maltratadores y víctimas nos ayudan a entender mejor el fenómeno de la violencia de género, es importante tener en cuenta que se trata de un continuo, por lo que es muy difícil situar a una persona únicamente en una de las categorías y por tanto es muy difícil predecir con exactitud sus comportamientos futuros o los niveles de violencia que va a llegar a ejercer contra su pareja. Por ejemplo, que una mujer la podamos identificar como perteneciente al nivel 1 no significa que no pueda sufrir violencia muy severa. El uso que debemos dar a las tipologías es más bien en lo referente a poder adecuar nuestras intervenciones de manera mucho más específica y eficaz, tanto para los maltratadores como para poder desarrollar las medidas necesarias para garantizar la seguridad de las víctimas, así como terapias mucho más adecuadas, por ejemplo, en la duración de las mismas, en función de los malos tratos recibidos.

A pesar de que la mayoría de las tipologías se basan, o bien en la gravedad de la violencia, o bien en las características psicopatológicas y de personalidad, también existen otras que intentan diferenciar subtipos de maltratadores en función del nivel de motivación al cambio, según el modelo propuesto por Prochaska y DiClemente (1982, 1986), adaptado de las drogodependencias al campo de la violencia. Según este modelo, los maltratadores que se encuentran en la etapa de precontemplación (negación o minimización del problema o atribución de la culpa a la pareja) abandonan el tratamiento más que los que están en la etapa de contemplación (aceptación parcial del maltrato y análisis de los costes y beneficios del cambio) y mucho más que los que están en la fase de acción (compromiso claro con el cambio) (Scott, 2004). Asimismo, aquellos hombres que se encuentran en etapas avanzadas de cambio (contemplación y acción) tienen una mayor probabilidad de cambios positivos en empatía y comunicación (Scott y Wolfe, 2003). Teniendo en cuenta estos estadios de cambio, Eckhardt, Babcock y Homack (2004) propusieron una tipología con tres subtipos diferentes de maltratadores en función del estadio en el que se encontraran:

- ✓ *No motivados*: están en la fase de precontemplación, por lo que tienden a negar la existencia del problema y apenas se implican en el proceso de cambio.

- ✓ *No preparados para la acción*: consiguen realizar cambios en su conducta problema, pero no son capaces de mantenerlos en el tiempo.
- ✓ *Preparados*: conocen la existencia del problema, han realizado cambios con respecto a su comportamiento violento y han mantenido dichos cambios.

Este tipo de clasificación tendría una ventaja muy importante, ya que agrupando a los hombres violentos en función de su preparación al cambio, se podría orientar la terapia en función de su motivación inicial.

Otra de las variables más frecuentemente asociadas con el maltrato, que ha sido utilizada a la hora de establecer diferentes tipologías de maltratadores, ha sido la ira. Murphy, Taft y Eckhardt (2007) identificaron tres tipos de hombres violentos en lo referente al control de la ira mediante un análisis de conglomerados, utilizando como medida del control de la ira el Inventario de Expresión de Ira de Spielberger (STAXI). Los resultados que encontraron fue una tipología que constaba de 3 subtipos de maltratadores en función del control de la ira:

- ✓ *Ira patológica*: tienen muy poco control sobre la ira. Presentan baja autoestima, rasgos de personalidad *borderline*, características psicopáticas y abuso de alcohol y de drogas, así como problemas interpersonales relacionados fundamentalmente con la venganza y el dominio. En este grupo están los que ejercen una violencia más grave y los que, tras acudir a tratamiento, tienen una mayor probabilidad de abandonarlo y de seguir agrediendo.
- ✓ *Bajo control de la ira*: presentan un bajo control de la ira y una alta frecuencia de conductas violentas. Muchos de ellos después de acudir a terapia siguen maltratando a su pareja (fundamentalmente a nivel psicológico). En realidad, es un grupo similar al anterior, del que le separa una menor intensidad de la ira.
- ✓ *Ira normal*: no presentan problemas con el control de la ira y sus conductas violentas son de menor gravedad que en los otros dos grupos. Son los que obtienen mejores resultados tras la terapia.

En este mismo sentido, y utilizando también las puntuaciones del STAXI, Eckhardt, Samper y Murphy (2008), también encontraron 3 conglomerados en una muestra de maltratadores. El 29,9% de su muestra (56 sujetos) pertenecía al conglomerado «ira alta-expresivo»; el 63,1% (118 sujetos) al grupo «ira baja»; y el 7% restante (13 sujetos) al grupo denominado «ira moderada-inexpresivo». Los subtipos con mayor ira corresponderían a los maltratadores antisocial y *borderline/disfóricos* de Holtzworth-Munroe et al., (2000) que son los que presentan los mayores niveles de ira.

En España, también se han analizado las características psicopatológicas y de personalidad de este tipo de población, si bien solo en un estudio se ha propuesto una tipología de maltratadores como las que se vienen presentando en este apartado. Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral y López-Goñi (2009) establecen tres niveles de riesgo de violencia grave o letal (baja, moderada y alta) en función de una escala validada en el País Vasco a partir de las denuncias de violencia de género. Los factores predictivos del homicidio o de la violencia más grave tienen que ver con el tipo de violencia (amenazar a la víctima con objetos peligrosos o con armas de cualquier tipo o tener una intención clara de causar daños graves a la víctima); el perfil del agresor (mostrar celos intensos o conductas de control hacia su pareja, justificar la violencia por el consumo de alcohol o drogas o por el estrés, o bien acusar a la víctima de haberle provocado); y la percepción de la víctima (percibir que ha estado en peligro de muerte en el último mes).

Por otro lado, Loinaz (2010) analizó una muestra de maltratadores internos en un centro penitenciario de Cataluña, utilizando la información obtenida a través de entrevista, del Inventario de pensamientos distorsionados (IPDMV) de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998), la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), la CTS2 de Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman (1996), el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III), adaptación española de Cardenal y Sánchez (2007), el Cuestionario de Apego Adulto de Malero y Cantero (2008), la Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11), adaptación española de Oquendo, Baca-García, Graver, Morales, Montalbán y Mann (2001) y la Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne, adaptación española Ferrando y Chico (2000). Llevando a cabo un análisis de conglomerados, obtuvo una tipología formada por dos grupos diferenciados, uno de 23

sujetos y otro compuesto por 27 sujetos. El primer grupo (compuesto por 23 sujetos) se caracterizaba por una mayor autoestima, por ejercer violencia normalmente solo hacia la pareja y por presentar estilos de personalidad compulsivos, narcisistas e histriónicos. También mostraban un control alto de la ira, expresándola en contadas ocasiones, llevándoles esta característica de excesivo control a acumular tensión hasta que explotan de forma desmesurada, habitualmente con la pareja. Mientras que respecto a la resolución de conflictos (CTS-2), no se obtuvieron diferencias con el otro grupo salvo en la agresión psicológica que era menor en estos sujetos. Por otro lado, los sujetos del grupo 1 informaban en mayor medida de conductas violentas por parte de sus parejas, su estilo de apego era predominantemente seguro, mostrando comodidad en sus relaciones, tenían una mayor capacidad empática y también una mayor deseabilidad social, posiblemente fruto de la distorsión causada por su ingreso en prisión y la denuncia por violencia de género, ya que hasta ese momento llevaban una vida normalizada.

El segundo grupo, compuesto por 27 sujetos, informaba en mayor medida de haber sufrido algún tipo de maltrato en la infancia, presentaba mayor prevalencia de dependencia del alcohol y de sustancias (evaluadas con el MCMI-III) y una mayor frecuencia de condenas previas. Ejercían conductas violentas más allá del ámbito de la pareja y puntuaba de manera más elevada en las escalas antisocial, paranoide y negativista del MCMI-III. Presentaban un mayor nivel de distorsiones cognitivas tanto sobre la mujer como sobre el uso de la violencia, su ira se encontraba dentro de los valores normales, mostraban una mayor impulsividad, falta de empatía y mayor frecuencia de violencia psicológica. Por último, presentaban un estilo de apego inseguro y hostil. En resumen, el conglomerado 2 se caracterizaba por una violencia más general y peligrosa, mientras que la del 1 se precipita más por factores situacionales (estrés, mala relación de pareja, consumo de alcohol, etc.).

Por otro lado, en un intento de comprobar si las diferentes tipologías propuestas por diferentes autores, clasifican o no a los sujetos guardando las mismas proporciones, Dixon y Browne (2003) analizaron 12 estudios sobre tipologías formadas con hombres condenados a realizar un programa de tratamiento y por hombres que acuden a

tratamiento de manera voluntaria, de 1994 a 2001. Las características fundamentales de los estudios analizados por Dixon y Browne (2003) aparecen en la Tabla 1.3.

Tabla 1.3. Resumen de las tipologías analizadas por Dixon y Browne (2003).

AUTOR	GRUPO DE COMPARACIÓN	METODOLOGÍA CREACIÓN TIPOLOGÍA	TIPOS RESULTANTES	DIMENSIONES DE LA VIOLENCIA			CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS		
				LEJANAS	PRÓXIMAS		LEJANAS	PRÓXIMAS	
Holtzworth-Munroe y Stuart (1994)	Razonamiento hipotético	No aplicable	Solo en la familia	Violencia familiar, severidad y frecuencia baja	Niveles bajos de abuso en la infancia, de exposición a violencia y amigos desviados	Baja impulsividad; déficits de habilidades sociales leve; sin actitudes hostiles hacia la mujer			
Revisión de 15 estudios sobre tipologías de maltratadores			Violentos en general/antisociales	Violencia más severa y fuera de la familia	Niveles altos de violencia parental y abuso en la infancia, mayor asociación con iguales desviados	Impulsividad elevada, déficit de habilidades de solución de conflictos; actitudes negativas hacia la mujer			
BASE DE LA TIPOLOGÍA: Hipotetizaron a partir de la bibliografía científica			Disfóricos/borderline	Severidad moderada/elevada, mayoritariamente en la familia	Niveles moderados de violencia parental y niveles moderados-altos de abuso en la infancia, algunos relación con iguales desviados	Impulsividad moderada, déficits de habilidades sociales; actitudes hostiles hacia la mujer			
Greene, Coles y Johnson (1994)	Ninguno	Análisis de clúster con el MMPI y el STAXI	Histrionico	Expresión de ira más baja					
40 hombres mandados a tratamiento por la justicia			Depresivo	Expresión de ira elevada					
BASE DE LA TIPOLOGÍA: Personalidad			Normal	Expresión de ira elevada					
			Perturbado	Grupo con expresión de ira más elevada					

Continuación Tabla 1.3. Resumen de las tipologías analizadas por Dixon y Browne (2003).

AUTOR	GRUPO DE COMPARACIÓN	MÉTODO-LOGÍA CREACIÓN TIPOLOGÍA	TIPOS RESULTANTES	DIMENSIONES DE LA VIOLENCIA			CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS	
				LEJANAS	PRÓXIMAS	PRÓXIMAS		
Gottman et al. (1995)	Ninguno	Diferencias en la reducción de la tasa cardíaca durante la visión de un vídeo sobre conflictos maritales	Tipo 1	Violencia fuera de la familia y abusos emocionales	Presencia de violencia en la familia de origen	Dependencia de drogas, conductas antisociales y agresión sádica	Dependencia de la pareja y consumo de alcohol y drogas	
61 parejas violentas voluntarias			Tipo 2	Violencia familiar				
BASE DE LA TIPOLOGÍA: Respuesta fisiológica								
Hamberger et al. (1996)	Ninguno	Análisis de clúster con el MCMI	Pasivo-agresivo/dependiente	Violencia fuera de la familia, uso frecuente de la violencia	Los niveles más altos de abuso en la infancia	Antecedentes penales, asesoramiento previo por problemas de alcohol y drogas; puntuaciones más altas en escalas de trastornos de personalidad		
833 hombres mandados a tratamiento por la justicia			Antisocial	La mayoría de las veces violencia fuera de la familia	Testigo de violencia entre los padres	Propenso a encolerizarse, antecedentes penales extensos		
BASE DE LA TIPOLOGÍA: Personalidad			No patológico	Violencia en la familia, menor severidad y frecuencia	La tasa más baja de abuso en la infancia o presencia de violencia entre los padres	Ausencia de psicopatología		
Rothschild, Dimson, Storaasli y Clapp (1997)	Ninguno	Análisis de clúster con el MCMI-II	Narcisismo subclínico					
183 veteranos de guerra mandados a tratamiento por la justicia			Trastorno narcisista de la personalidad					
BASE DE LA TIPOLOGÍA: Personalidad			Niveles altos de psicopatología general y trastornos por consumo de sustancias					

Continuación Tabla 1.3. Resumen de las tipologías analizadas por Dixon y Browne (2003).

AUTOR	GRUPO DE COMPARACIÓN	METODOLOGÍA CREACIÓN TIPOLOGÍA	TIPOS RESULTANTES	DIMENSIONES DE LA VIOLENCIA	LEJANAS	PRÓXIMAS
Tweed y Dutton (1998)	44 hombres de clase trabajadora	Análisis de clúster con el MCMI-II	Sádico sexual/ Instrumental	Violencia dentro y fuera de la familia. Severidad y frecuencia de la violencia elevadas	Probablemente han sufrido abuso sexual en la infancia	Estilo de apego preocupado, rasgos antisociales
79 hombres mandados a tratamiento por la justicia BASE DE LA TIPOLOGÍA: Personalidad			Impulsivo			Estilo de apego temeroso/preocupado; características límite, respuesta de ira elevada
White y Gondolf (2000)	Ninguno	Perfiles del MCMI-III interpretados sistemáticamente según las directrices	Estilo narcisista Estilo evitativo/depresivo Trastorno Antisocial Trastorno narcisista Trastorno paranoide Trastorno borderline			
100 hombres mandados a tratamiento por la justicia BASE DE LA TIPOLOGÍA: Personalidad						

Continuación Tabla 1.3. Resumen de las tipologías analizadas por Dixon y Browne (2003).

AUTOR	GRUPO DE COMPARACION	METODOLOGÍA CREACIÓN TIPOLOGÍA	TIPOS RESULTANTES	DIMENSIONES DE LA VIOLENCIA		CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS	
				LEJANAS	PRÓXIMAS		
Holtzworth-Munroe et al. (2000)	62 parejas no violentas (ajustadas y desajustadas)	Análisis de clúster con las medidas de violencia y el MMPI-II	Violento solo en la familia	Violencia familiar, severidad baja	Las medidas más bajas de correlatos lejanos	Los niveles más bajos de correlatos próximos	
102 parejas violentas comunitarias BASE DE LA TIPOLOGÍA: Dimensiones de la violencia y trastornos de personalidad			Antisocial nivel bajo	Severidad baja-moderada; mayoritariamente familiar	Rechazo parental y abuso en la infancia	Nivel intermedio en correlatos próximos entre los violentos en la familia y los antisociales	
			Borderline/disfórico	Severidad moderada-alta; mayoritariamente familiar	Rechazo parental y abuso en la infancia	Apego preocupado/temeroso; impulsividad alta; actitudes hostiles hacia las mujeres y que justifican el uso de la violencia	
			Violentos en general/Antisocial	Violencia fuera de la familia más severa	Rechazo parental y abuso en la infancia; actividades delictivas con el grupo de iguales	Pocas habilidades sociales, actitudes hostiles hacia las mujeres y actitudes que justifican y apoyan el uso de la violencia; mayor actividad delictiva/criminal	
Langhinrichsen-Rohlin, Huss y Ramsey (2000)	Ninguno	Análisis de clúster con el MMPI y reglas de decisión generadas para analizar el MMPI y BDI	Violentos solo en la familia			Aproximadamente el 75% de las conductas criminales estaban asociadas al abuso de alcohol/drogas (método empírico)	
49 hombres en tratamiento (voluntarios y mandados por juzgados)			Violentos en general/Antisociales			Aproximadamente el 75% de las conductas criminales estaban asociadas al abuso de alcohol/drogas (método empírico)	
BASE DE LA TIPOLOGÍA: Psicopatología y generalidad de la violencia			Dsfóricos/Borderline			Probabilidad significativamente mayor de tener pensamientos suicidas	

Continuación Tabla 1.3. Resumen de las tipologías analizadas por Dixon y Browne (2003).

AUTOR	GRUPO DE COMPARACIÓN	METODOLOGÍA CREACIÓN TIPOLOGÍA	TIPOS RESULTANTES	DIMENSIONES DE LA VIOLENCIA	CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS	
					LEJANAS	PRÓXIMAS
Waltz, Babcock, Jacobson y Gottman (2000)	32 parejas no violentas y ajustadas	Análisis mixto de la dimensión de la violencia y datos del	Sólo en la familia	Violencia familiar	Testigo de violencia parental más severa y frecuente	Apego ansioso-ambivalente
			Violentos en general		Testigo de violencia parental más severa y frecuente	Apego evitativo
75 parejas violentas (voluntarios)		MCMII-II	Patológicos			Apego preocupado-ambivalente
BASE DE LA TIPOLOGÍA:						
Dimensiones de la violencia y personalidad						

La relación entre estos 12 estudios con la tipología propuesta por Holtzworth-Munroe y Stuart se resume en la Tabla 1.4, donde se presentan los porcentajes de hombres clasificados en cada subtipo (dentro de cada estudio) y el porcentaje medio total de cada uno de los subgrupos en función del tipo de muestra, así como el porcentaje total.

Tabla 1.4. Relación entre diferentes estudios sobre tipologías de maltratadores y la tipología de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994).

Estudios	Subtipos propuestos por Holtzworth-Munroe y Stuart (1994)			
	Sólo en la familia (50%)	Antisociales/ Generalmente violentos (25%)	Disfóricos/ Borderline (25%)	% de la muestra no clasificado
Remitidos a tratamiento por la justicia				
Hamberger et al. (1996)	No patológicos (41,9%)	Antisociales (26,5%)	Pasivo-agresivo/dependientes (18,5%)	13,1%
Rothschild et al. (1997)	Narcisismo subclínico (28,4%)	Trastorno narcisista de la personalidad (46,4%)	Psicopatía general elevada/trastorno consumo (25,1%)	
Tweed y Dutton (1998)		Instrumental (40,5%)	Impulsivos (48,1%)	11,4%
Greene et al. (1994)	Normales (27,5%)	Histriónicos (22,5%) y depresivos (27,5%)	Perturbados (22,5%)	
White y Gondolf (2000)	Estilo narcisista (32%) Estilo evitación/depresivo (21%)	Trastorno antisocial (11%) y Trastorno narcisista (7%)	Trastorno borderline (4%)	16% 9% clasificado en el grupo "paranoide"
% medio	37,7%	36,3%	27,7%	
Voluntarios				
Waltz et al. (2000)	Sólo en la familia (53%)	Violentos en general (24%)	Patológicos (23%)	
Langhinrichsen-Rohlin et al. (2000) - Análisis 1	Sólo en la familia (51%)	Violentos en general/antisociales (39%)	Disfóricos/borderline (10%)	
Langhinrichsen-Rohlin et al. (2000) - Análisis 2	Sólo en la familia (42,9%)	Violentos en general/antisociales (16,3%)	Disfóricos/borderline (14,3%)	26,5%

Estudios	Subtipos propuestos por Holtzworth-Munroe y Stuart (1994)			
	Sólo en la familia (50%)	Antisociales/ Generalmente violentos (25%)	Disfóricos/ Borderline (25%)	% de la muestra no clasificado
Holtzworth-Munroe et al. (2000)	Sólo en la familia (36,2%) y antisociales de bajo nivel (33,3%)	Violentos en general/antisociales (15,7%)	Disfóricos/borderline (14,7%)	
Gottman et al. (1995)	Tipo 2 (80,3%)	Tipo 1 (19,7%)		
% medio	59,3%	22,9%	15,5%	
% medio total	49,7%	29,6%	20%	

Dentro de los que eran remitidos por la justicia, el 38% quedó clasificado en la categoría *violentos sólo de la familia*, el 36% en *violentos en general/ antisociales*, y el 24% en *disfórico/limite*. Estas cifras no coinciden con los valores previstos del 50% (solo familia), 25% (violentos en general/antisociales) y el 25% (límite/disfórico), propuestos por Holtzworth-Munroe y Stuart (1994).

Sin embargo, al analizar las muestras compuestas por voluntarios, se encontraron porcentajes más cercanos a los previstos por Holtzworth-Munroe (59%, 23%, 16%, respectivamente). Si bien hay que tener en cuenta que Gottman et al. (1995) encontraron un porcentaje muy elevado dentro de la categoría de *violentos únicamente en la familia*, sesgando los resultados.

En cuanto a los resultados encontrados al comparar las clasificaciones de las muestras de voluntarios frente a los enviados a tratamiento por la justicia, Dixon y Browne (2003) encontraron diferencias significativas con menos *violentos únicamente en la familia* y más *antisociales* en los remitidos por la justicia, lo que indicaría que en función de la procedencia de la muestra, existen diferentes necesidades de tratamiento.

Por otro lado, al tener todos los estudios en cuenta, el porcentaje medio total de cada uno de los subtipos es del 50%, 30%, 20% respectivamente, similares a los sugeridos por Holtzworth-Munroe y Stuart (1994). Por tanto, esta revisión permite

concluir que los maltratadores son grupo heterogéneo. La revisión proporciona apoyo a la tipología propuesta por Holtzworth-Munroe y Stuart (1994), ya que la mayoría de los estudios que revisan abogan por la distinción de tres tipos de maltratadores (Hamberger et al., 1996; Holtzworth-Munroe et al., 2000; Langhinrichsen-Rohlin et al., 2000; Rothschild et al., 1997) o por alguna variación de las categorías (Gottman et al., 1995; Tweed y Dutton, 1998). Sin embargo, los autores de esta revisión plantean algunos problemas de carácter metodológico, como el uso de grupos pequeños, la falta de validación empírica de algunas tipologías y los problemas para determinar cuáles son las dimensiones más apropiadas a la hora de establecer diferentes tipos de maltratadores.

A modo de conclusión, comentar que el análisis de las tipologías de maltratadores tiene un doble valor. En primer lugar, esta perspectiva permite diseñar protocolos de intervención específicos, que sirvan para cubrir las necesidades psicológicas concretas de los diferentes tipos de agresores. El objetivo final de establecer tipologías es analizar no sólo qué tipo de programa funciona, sino qué aspectos funcionan, para qué tipo de hombres y bajo qué circunstancias concretas. En segundo lugar, el análisis de las tipologías nos permite poner a prueba creencias previas sobre la escalada de la violencia doméstica. Si pensamos que los maltratadores son un grupo homogéneo, el que algunos de ellos cometan actos más graves que otros lo podemos explicar a partir del fenómeno de la escalada de la violencia, según el cual el agresor comienza por formas de violencia más leves para ir “escalando” a patrones de abuso de más severidad. Sin embargo, una de las conclusiones que podemos extraer del estudio de las tipologías, es que los agresores son un grupo heterogéneo, que puede ser clasificado en varios subtipos y que lo que mejor predice la severidad de la violencia es la severidad de la violencia previa.

Capítulo 2

Epidemiología de la violencia en las relaciones de pareja

2.1. Datos epidemiológicos sobre violencia física en las relaciones de pareja

La violencia de género es un problema a nivel mundial, cada vez más extendido a tenor de los datos epidemiológicos que tenemos al respecto. Hasta hace relativamente poco tiempo no se evaluaba de manera sistemática los episodios violentos dentro de las relaciones de pareja, ya que en muestras comunitarias se presuponía que era un fenómeno muy raro y en muestras clínicas, parejas que acuden a terapia, se consideraba un fenómeno poco frecuente. Sin embargo, y después de convertirse en uno de los mayores problemas sociales de nuestros días, podemos concluir que es un fenómeno que está muy lejos de ser poco frecuente.

Analizando los datos que tenemos en muestras comunitarias, uno de los trabajos pioneros fue el de Straus y Gelles (1990) quienes analizaron 6.002 parejas de Estados Unidos (casadas o en convivencia) encontrando que el 11,6% de las mujeres encuestadas refirieron haber sufrido algún tipo de agresión física en el último año, mientras que un 3,4% refería haber sufrido agresiones físicas severas.

En otro estudio, Schafer et al. (2002) analizaron una muestra también comunitaria, representativa de la población estadounidense. Los datos fueron tomados en 1995 y la muestra estaba constituida por 1.635 parejas casadas o que convivían, a los que se les entrevistaba estando los dos miembros de la pareja juntos, cara a cara en sus hogares. Los autores analizaron los resultados dividiéndolos en 4 grupos: (1) los dos miembros de la pareja coincidían en que el hecho violento se había producido, (2) sólo la mujer refería que hubiera ocurrido, (3) sólo el hombre refería que hubiera ocurrido y (4) los dos coincidían en que no se había producido el episodio violento. Teniendo en cuenta los episodios de violencia física que ambos referían que se habían producido, sumados a los que ella decía haber sufrido, obtuvieron una prevalencia del 9,8% para el último año de convivencia, dato muy similar al encontrado por Straus y Gelles (1990) aunque ligeramente más bajo, probablemente debido a que la muestra es más pequeña o al método utilizado para recoger la información (entrevistas cara a cara vs. encuestas telefónicas).

En la misma línea, Tjaden y Thoennes (2000) llevaron a cabo una investigación con 5.655 mujeres casadas o que vivían en pareja. El estudio era representativo de parejas americanas, y encontraron que el 1,3% de las mujeres participantes habían sufrido algún episodio de violencia física a manos de sus parejas durante el último año de convivencia. Este dato es mucho más bajo que el de los dos estudios anteriores, probablemente porque el estudio de Tjaden y Thoennes se encontraba enmarcado en una encuesta sobre “seguridad personal, daños y violencia”. Al presentar el estudio de esta manera, los participantes podrían haber entendido que se trataba solo de hacer referencia a aquellos episodios más de carácter “criminal”, y de ahí la tasa tan baja en comparación a los otros dos.

Uno de los estudios más recientes con muestras comunitarias estadounidenses, es el llevado a cabo por Weinbaum, Stratton, Roberson, Takahashi y Fatheree (2006) quienes encuestaron telefónicamente a una muestra de mujeres y les preguntaron si en sus relaciones de pareja se habían producido o no, diferentes situaciones de violencia física extraídas de la escala CTS. Las prevalencias anuales fueron desde el 5,1% en la encuesta de 2001 al 6,4% en la de 1999.

En resumen, comparando todos estos estudios, y a pesar de que los resultados van del 1,3% a en torno el 11%, cabe resaltar que incluso en los estudios con datos más conservadores, en este caso el de Tjaden y Thoennes (2000), el 22,1% de las mujeres encuestadas que habían tenido o tenían pareja, referían haber sufrido en algún momento de su vida agresiones físicas a manos de sus parejas, lo que nos indica la magnitud y gravedad del problema.

En relación a las muestras clínicas, cabe esperar que aquellas parejas que acuden a terapia psicológica, a menudo tengan problemas más severos y tasas de prevalencia más elevadas que las comunitarias. Aunque también nos encontramos en estas muestras tasas que pueden mostrar datos por debajo de lo que es la realidad, debido a cuestiones como la deseabilidad social, problemas al recordar, diferentes percepciones entre hombre y mujer de lo ocurrido, etc.

En la siguiente tabla se muestran algunos estudios sobre prevalencia de agresiones físicas, en el último año de convivencia, en parejas “clínicas” estadounidenses.

Tabla 2.1. Prevalencia anual de violencia física en parejas “clínicas” estadounidenses (información dada por mujeres).

AUTOR	MUESTRAS CLÍNICAS	PREVALENCIA (%)
Cascardi, Langhinrichsen y Vivian (1992)	Parejas que quieren recibir terapia de pareja	54%
Holtzworth-Munroe, Waltz, Jacobson, Monaco, Fehrenbach y Gottman (1992)	Parejas que quieren recibir terapia de pareja	58%
O’Leary, Vivian y Malone (1992)	Parejas que quieren recibir terapia de pareja	53%
Murphy y O’Farrell (1994)	Parejas que quieren recibir terapia de pareja con el objetivo de que el hombre deje de beber	54%
Simpson y Christensen (2005)	Parejas que quieren recibir terapia de pareja	36,3%
Epstein y Werlinich (2003); LaTaillade, Epstein y Werlinich (2006)	Parejas que quieren recibir terapia de pareja	51%

Como se puede observar en la tabla 2.1., las prevalencias de agresiones físicas en muestras clínicas van desde el 36,3% al 58%, si bien los resultados parecen ser bastante concordantes en el resto de estudios, ya que alrededor del 50% de las mujeres de las diferentes investigaciones referían haber sido víctimas de agresiones físicas a manos de sus parejas. Una posible explicación de que la tasa sea más baja en el estudio

de Simpson y Christensen (2005) es que en este caso los participantes contestaron el cuestionario CTS2 en casa, en vez de en la clínica, con lo que las parejas pudieron contestar los cuestionarios estando juntos y el miedo a que el otro pudiera revisar las respuestas, podría haber hecho que no contestaran de una manera totalmente sincera.

Lo que sí queda claro es que la prevalencia de este tipo de violencia es mucho mayor en muestras clínicas comparadas con muestras comunitarias. Además, en tres de estos estudios se analizó la violencia de la mujer hacia el hombre. Simpson y Christensen (2005) encontraron una prevalencia del 37,4%, Cascardi et al. (1992) del 57% y Epstein y Werlinich (2003) y LaTaillade et al. (2006) encontraron una prevalencia del 48%. Lo que nos indica que, a pesar de que la violencia ejercida por la mujer hacia el hombre ha sido mucho menos estudiada, sí que es un fenómeno que se da y que debe ser analizado para poder comprender de una manera mucho más ajustada el fenómeno de la violencia de género.

2.2. Datos epidemiológicos sobre violencia psicológica y sexual en las relaciones de pareja

Los episodios de violencia psicológica dentro de las relaciones de pareja, han sido mucho menos investigados que aquellos que implican violencia de tipo físico. Sin embargo, los resultados indican que las agresiones psicológicas son relativamente frecuentes en parejas comunitarias. Además, la agresión psicológica pasada es uno de los factores de riesgo más importantes para la violencia física posterior (Murphy y O'Leary, 1989). Por tanto, y a pesar de que puede entenderse como una forma de violencia menos grave, es importante que analicemos qué datos tenemos en este sentido, tanto para conocer la magnitud real del problema de la violencia de género, como para guiar los programas de intervención y prevención en un momento más temprano de la relación de pareja, cuando aparecen los primeros conflictos.

Stets (1990) encontró, aplicando telefónicamente la escala CTS a una muestra de 1.461 hombres casados y 1.909 mujeres casadas, que el 75% de los hombres y el 80%

de las mujeres refirieron haber cometido agresiones de tipo psicológico hacia sus parejas. En otro estudio de Riggs y O'Leary (1996), se observó que las tasas de violencia verbal fueron significativamente más altas que las de la violencia física, pues sólo un 7% de los hombres y un 3% de las mujeres indicaron no haber realizado ningún tipo de acto violento a nivel verbal. En un estudio más reciente con 145 parejas adultas heterosexuales (que conviven o que están casados), Taft, Torres, Panuzio, Murphy, O'Farrell, Monson y Murphy (2006) concluyeron que el 97% de las mismas informaron haber ejercido hacia sus parejas algún tipo de agresión psicológica, no encontrándose diferencias significativas en cuanto al género.

En definitiva, y aunque las agresiones psicológicas han sido mucho menos analizadas que las de tipo físico, podemos concluir que la prevalencia de este tipo de conductas es muy alta en las parejas comunitarias, lo que puede indicar que es una manera bastante frecuente de solucionar conflictos dentro de la pareja.

Respecto a la violencia psicológica en muestras clínicas, existen diferentes estudios en los que se muestran prevalencias elevadas de violencia psicológica en parejas que acuden a terapia de pareja en Estados Unidos (O'Farrell y Murphy, 1995; O'Leary y Woodin, 2009; Simpson y Christensen, 2005). En el caso de Simpson y Christensen (2005) la muestra estaba compuesta por 273 parejas que querían recibir terapia de pareja, mostrando los resultados que el 94,9% de las mujeres referían haber sufrido agresiones psicológicas en el último año de convivencia, mientras que el 96,3% de los hombres afirmaban haber cometido alguna agresión de tipo psicológico hacia sus parejas. También se encontraron prevalencias altas de agresiones psicológicas ejercidas por la mujer hacia el hombre: el 94,9% de los hombres informaron haber sufrido agresiones psicológicas y el 95,5% de las mujeres informaron haberlas ejercido hacia sus parejas masculinas.

En otro estudio, O'Farrell y Murphy (1995) contaron con una muestra de 88 parejas en las que el hombre había tenido problemas con el alcohol a la vez que problemas de pareja. El estudio concluyó que el 76,1% de las mujeres y el 69,3% de los hombres informaron que sus parejas habían ejercido sobre ellos niveles clínicamente significativos de agresión psicológica en el último año de convivencia.

Por tanto, y al igual que ocurría con las parejas comunitarias, la violencia psicológica también es un fenómeno muy frecuente en aquellas parejas que acuden a terapia para solucionar sus problemas conyugales.

A modo de conclusión, resaltar el hecho de que tanto en muestras comunitarias como clínicas, las tasas de prevalencia de agresiones físicas y psicológicas son similares en hombres y mujeres, lo que indica la importancia que tienen las variables de tipo relacional y de pareja en el problema de la violencia de género. Aunque también hay que resaltar que las mujeres sufren más daños físicos que los hombres cuando están inmersos ambos en una relación de pareja donde existe violencia. Es decir, aunque tanto hombres como mujeres lleven a cabo comportamientos agresivos de tipo físico, los resultados son diferentes en función de quien los ejerza y quien los sufra, tanto en muestras comunitarias (Stets y Straus, 1990) como en clínicas (Cantos, Neidig y O'Leary, 1994). Además, hay otra variable importante a tener en cuenta, el miedo. Los estudios indican que aunque ambos miembros de la pareja agredan físicamente al otro, la mujer refiere sentir un mayor miedo hacia su pareja, comparadas con mujeres que tienen una relación de pareja no violenta (Cascardi, O'Leary, Lawrence y Schlee, 1995; Stith, Smith, Penn, Ward y Tritt, 2004).

Respecto a la violencia de tipo sexual, los datos indican que la ejercen más los hombres que las mujeres, tal y como indican los resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra la Mujer (Tjaden y Thoennes, 2000). Por ejemplo Hines y Saudino (2003), utilizando la escala CTS2, encontraron que los hombres universitarios informaron haber ejercido más violencia sexual que las universitarias, aunque estas últimas también informaron de haberla ejercido. Mientras que en un estudio de Hettrich y O'Leary (2005), una muestra de mujeres universitarias informó que sus parejas masculinas ejercían más conductas de violencia sexual (por ejemplo, sexo oral forzado) que ellas.

2.3. Datos epidemiológicos sobre violencia en las relaciones de pareja en muestras españolas

El estudio de la violencia en las relaciones de pareja en muestras españolas, es relativamente nuevo y hay mucha menos literatura científica al respecto, en comparación con muestras estadounidenses. En la tabla 2.2 aparecen resumidas 4 investigaciones realizadas con muestras españolas y sus resultados más relevantes.

Tabla 2.2. Estudios sobre violencia en las relaciones de pareja en muestras españolas (Tabla tomada de Rodríguez, 2010).

AUTOR	MUESTRA	RESULTADO
Corral y Calvete, 2006.	Estudiantes universitarios (Hombres y mujeres)	Las mujeres emplean más frecuentemente que los hombres la agresión física y psicológica contra sus parejas. Además, las mujeres son más víctimas que ellos de violencia verbal y sexual moderada. Los hombres realizan más actos de coerción sexual que las mujeres.
Muñoz-Rivas, Graña, O'Leary y González, 2007a.	Estudiantes universitarios (Hombres y mujeres)	Los hombres emplean y son víctimas más frecuentemente que las mujeres de agresión física, aunque éstas sufren más consecuencias sobre su salud. Las mujeres utilizan en mayor proporción la agresión verbal, sufriendo los hombres más este tipo de abuso.
Muñoz-Rivas, Graña, O'Leary y González, 2007b.	Adolescentes y adultos jóvenes, entre los 16 y 20 años de edad (Hombres y mujeres)	Las mujeres utilizan y son víctimas más frecuentemente que los hombres de agresión verbal y física menor, sufriendo más consecuencias sobre su salud. Los hombres emplean actos de violencia física severa más frecuentemente que las mujeres. La violencia verbal se mantiene relativamente estable entre los 16 y 20 años. La violencia física disminuye a medida que avanza la edad.

AUTOR	MUESTRA	RESULTADO
Corral, 2009.	Estudiantes universitarios (Hombres y mujeres)	La media de veces que las mujeres declaran haber utilizado la agresión física es ligeramente superior a la media de haberla sufrido por parte de sus parejas (salvo en severa). Las mujeres informan ejercer agresión psicológica en más ocasiones que sufrirla. En coerción sexual, las mujeres afirman haberla sufrido en más ocasiones que realizarla. Los hombres afirman agredir física y sexualmente a sus parejas un mayor número de veces que las mujeres, patrón opuesto al de la agresión psicológica.
Graña, Rodríguez y Peña, 2009.	Adultos de 18 a 80 años de edad (Hombres y mujeres)	Los hombres ejercen más frecuentemente que las mujeres violencia física. Las mujeres utilizan en mayor proporción que los hombres violencia verbal.

Corral y Calvete llevaron a cabo en 2006 un estudio con 1130 estudiantes universitarios de 18 a 30 años, a los que aplicaron la escala CTS2. Las mujeres de este estudio informaron en más casos de haber ejercido y recibido agresión psicológica menor. Mientras que respecto a agresiones físicas, los porcentajes obtenidos para hombres y mujeres fueron similares en victimización, pero no en cuanto a perpetración, donde las mujeres reconocieron en mayor número de casos haber ejercido este tipo de agresión hacia sus parejas. Por último, en agresión sexual menor, las mujeres informaron haberla sufrido en mayor medida que los hombres, quienes reconocieron haberla empleado en mayor proporción.

También con estudiantes universitarios, Muñoz-Rivas, Graña, O'Leary y González (2007a) analizaron las relaciones de noviazgo de 1886 estudiantes de 18 a 27 años. Los resultados indican que las mujeres utilizan más la violencia psicológica, siendo los dos tipos de agresión psicológica más utilizados, la violencia verbal (decir algo para alterar o enfadar a la pareja, insultar o blasfemar al otro miembro de la pareja, ambos significativamente más frecuentes en las mujeres; 58,3%), y las conductas de

celos (sentirse celoso de amigos-as o de otros chicos-as; 72,3%). En cuanto a las agresiones físicas, son mucho menos frecuente que las psicológicas, siendo los hombres los que presentan un porcentaje significativamente más alto que las mujeres, tanto de perpetración como de victimización (32,2% y 32,3%, respectivamente), aunque las mujeres son las que sufren más y mayores consecuencias físicas causadas por este tipo de violencia.

En otro estudio de 2007, Muñoz-Rivas, Graña, O'Leary y González (2007b) analizaron la prevalencia de la agresión física y psicológica en las relaciones de noviazgo en una muestra de 2416 adolescentes y adultos jóvenes de la comunidad de Madrid, de entre 16 y 20 años de edad y que mantenían una relación de noviazgo en la actualidad. Concluyeron que aproximadamente el 90% de los participantes admitió haber agredido verbalmente a su pareja, mientras que en torno a un 40% reconoció haber ejercido violencia física sobre su pareja. Las mujeres (95,3%) utilizaron más frecuentemente la agresión verbal que los hombres (92,8%), siendo ellas también víctimas en mayor proporción para algunos actos de este tipo de agresión (decir o hacer algo para molestar, marcharse de forma airada). Analizando la violencia física, aproximadamente un 18% de los adolescentes informaron haber golpeado, agarrado, pegado una patada y/o empujado a su pareja, observándose un mayor porcentaje de mujeres en la realización de estos actos, especialmente en empujar o agarrar a sus parejas (22,5% y 12,4% respectivamente). Sin embargo, en cuanto a violencia física severa, los hombres la ejercieron más frecuentemente que las mujeres, aunque se trate de un pequeño porcentaje de la muestra (2%). Por último, respecto a la victimización, las mujeres son las que sufren en mayor proporción este tipo de agresión (37,4%) y son las que padecen mayores consecuencias sobre su salud (17%).

Por último, comentar dos estudios más recientes. En primer lugar el de Corral (2009) quien evaluó con la escala CTS2 a 1081 estudiantes universitarios solteros con edades comprendidas entre los 18 y 30 años de edad. Los resultados mostraron una mayor prevalencia de mujeres que de hombres en perpetración de agresión física menor (2,11 veces), es decir, que por cada 2,11 mujeres que admitieron estar en una relación en la que ellas habían perpetrado agresión física menor hay un hombre que ha admitido lo mismo. En cuanto a agresión física grave, la razón de las mujeres sobre los hombres

para perpetrarla es igual a 2,82, lo que significa que es más probable que las mujeres admitan haber perpetrado este tipo de agresión que los hombres. Respecto al abuso psicológico, es más probable que las mujeres admitan perpetrar este tipo de agresión en su forma menor, (2,20 veces) y en la forma severa (2,33 veces). En victimización y agresión psicológica menor, las mujeres tienen 1,79 veces más probabilidades que los hombres de ser victimizadas. Por último, en perpetración de coerción sexual menor los hombres tienen 1,92 veces más probabilidades de perpetrar este tipo de agresión. Con respecto a la forma de victimización, los resultados avalan una mayor probabilidad de sufrir coerción sexual menor en las mujeres (2,57 veces).

También en 2009 Graña, Rodríguez y Peña analizaron una muestra de 1.908 hombres y mujeres de la Comunidad de Madrid, con edades comprendidas entre los 18 y 80 años. Los participantes tenían que mantener una relación de pareja en la actualidad o haberla mantenido en los últimos 12 meses. Utilizando la escala CTS2, encontraron que el 67,8% de los hombres referían haber ejercido violencia psicológica hacia sus parejas y el 15,5% refería haberlas agredido físicamente. Mientras que el 70,8% de las mujeres refirieron haber agredido psicológicamente a sus parejas y un 13,2% admitieron haberles agredido físicamente.

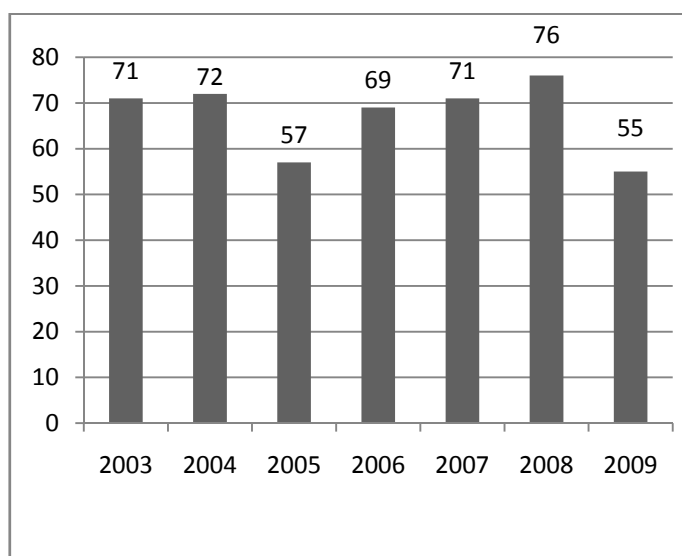
A modo de conclusión, parece que tanto en España como en otros países, las conductas violentas forman parte de la manera “habitual” de resolver conflictos dentro de las relaciones de pareja. Si bien es cierto que en aquellas parejas que acuden a terapia es un fenómeno más frecuente, también en muestras comunitarias encontramos prevalencias muy elevadas, sobre todo de violencia psicológica, tanto en hombres como en mujeres. Por tanto, el poder analizar este tipo de interacciones disfuncionales de la pareja, o al menos tenerlas en cuenta, será de vital importancia a la hora de desarrollar intervenciones terapéuticas eficaces.

2.4. Evolución de los datos relacionados con la violencia de género en España

En España en los últimos años, se vienen desarrollando diferentes estudios con el objetivo de comprender la magnitud del problema de la violencia de género, no solo ofreciendo datos acerca del número de denuncias o de víctimas mortales, sino también intentando analizar la realidad social que rodea y caracteriza la violencia contra las mujeres en España. En este sentido, el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer viene realizando distintos informes anuales, en concreto, el último que se ha publicado, el III Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia Sobre la Mujer 2010 Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011), corresponde a datos hasta el 31 de diciembre de 2009, y son los que se presentan a continuación.

En primer lugar, resaltar que el número de víctimas mortales por violencia doméstica disminuyó considerablemente en 2005 (57 víctimas), coincidiendo con la entrada en vigor de la Ley Integral sobre Violencia de Género. A partir del 2006 la cifra vuelve a aumentar hasta que se vuelve a producir una disminución importante en 2009 (55 víctimas) (véase Gráfico 2.1).

Gráfico 2.1. Mujeres víctimas mortales por violencia de género. Evolución de los datos desde el 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2009.



Respecto a la edad de las víctimas desde 2003 a 2009, el 28,2% tenían entre 31 y 40 años, constituyendo el número más numeroso, seguido por el de las que tenían entre 21 y 30 años (23,1%). Respecto a los agresores, la mayoría (29,3%) tenían entre 31 y 40 años, seguidos por el grupo de los de entre 41 y 50 años (21,3%). La media de edad de las víctimas fue de 42 años y la de los agresores de 46.

Otra realidad social que se debe tener en cuenta es que desde el 2003 al 2009 se ha incrementado la proporción tanto de víctimas como de agresores extranjeros. En este periodo (2003-2009) el 29,9% de los agresores fueron extranjeros así como el 30,3% de las víctimas. Mientras que dentro de los agresores y víctimas extranjeras la procedencia mayoritaria fue la iberoamericana, seguida de los procedentes de la Unión Europea, seguida de africanos y del resto de países de Europa (véase Gráficos 2.2 y 2.3).

Gráfico 2.2. Procedencia de los agresores extranjeros (2003-2009).

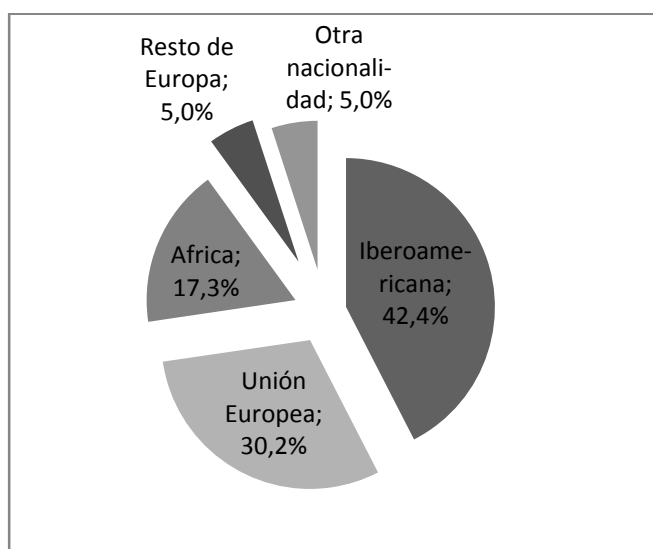
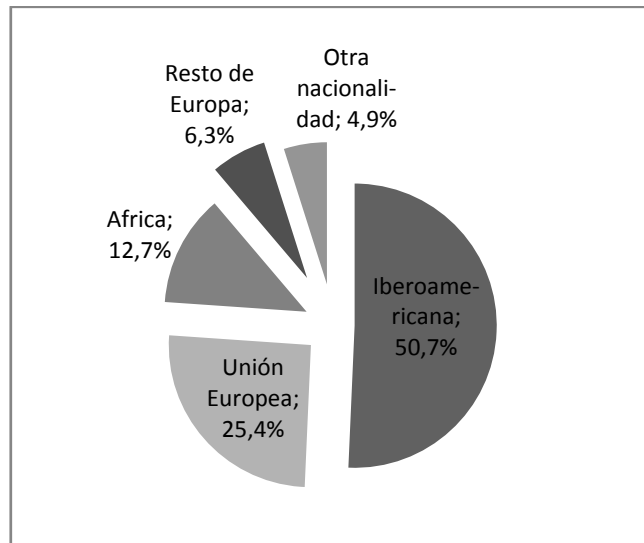


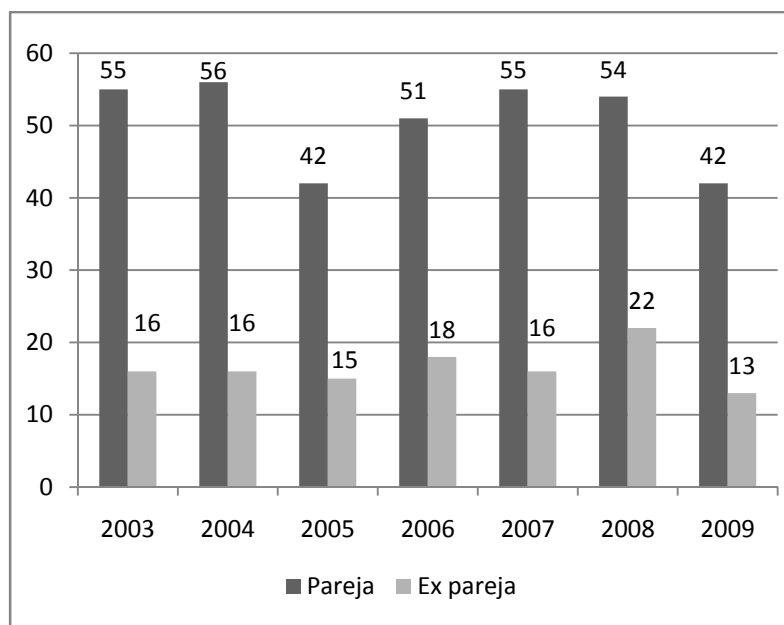
Gráfico 2.3. Procedencia de las víctimas extranjeras (2003-2009).



También cabe resaltar que la mayoría de los homicidios los cometen hombres del mismo continente y nacionalidad de la víctima. Aunque sí hay 33 casos de mujeres extranjeras muertas a manos de españoles y 33 casos de españolas muertas a manos de ciudadanos extranjeros.

Respecto a la relación con el agresor, la mayoría de los asesinatos por violencia de género que se han cometido entre el 1 de enero de 2003 y el 31 de diciembre de 2009, han sido efectuados en el ámbito de la pareja, el 75,4%, mientras que los efectuados por la ex pareja de la víctima fueron el 24,6% (véase Gráfico 2.4).

Gráfico 2.4. Mujeres víctimas mortales por violencia de género desde el 1 de enero de 2003 al 31 de diciembre de 2009. Relación entre víctimas y agresores.



Para conocer el dato de si la víctima había denunciado con anterioridad a que se produjera el homicidio, a la hora de elaborar este III Informe Anual sólo se disponía de información completa desde el 1 de enero de 2006, de ahí que los datos que se presentan a continuación sean de enero de 2006 a diciembre de 2009. Pues bien, del total de 271 víctimas mortales entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2009, 75 mujeres habían denunciado a su agresor por malos tratos (27,7%) y 196 (72,3%) no le habían denunciado. El informe también indica que la proporción de mujeres que habían interpuesto una o más denuncias contra su agresor, no ha variado excesivamente en estos 4 años: el 31,9% de las víctimas de 2006 había denunciado a su agresor, el 29,6% en 2007, el 23,7% en 2008 y el 25,5% en 2009, mientras que la proporción de las que no había denunciado era del 68,1%, 70,4%, 76,3% y 74,5 respectivamente.

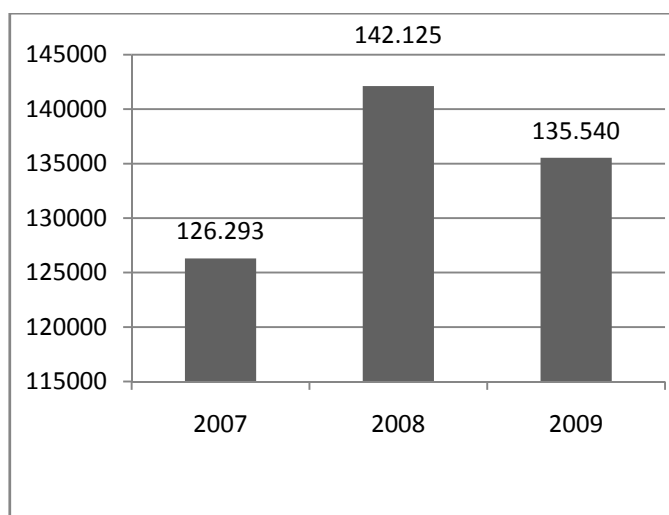
Dentro de cada grupo de edad, la mayor proporción de víctimas que había denunciado previamente a su agresor se da en las que tenían de 31 a 40 años (el 37,0% de las víctimas de ese tramo de edad había interpuesto denuncia) y en las que tenían de 41 a 50 años (32,7%), mientras que la proporción más baja se encuentra entre las que

tenían entre 51 y 64 años (12,5%). Respecto a la nacionalidad, entre enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2009, 170 víctimas mortales de violencia de género eran españolas (el 62,7% de las de este período) y 101 extranjeras (el 37,3%). La proporción de las víctimas extranjeras que había denunciado a su agresor (29,7%) resulta ser algo superior a la de las víctimas españolas (26,5%).

Teniendo en cuenta la relación con el agresor, el 74,5% de los crímenes por violencia de género (de 2006 a 2009) fueron perpetrados por la pareja de la víctima, y el 25,5% por su ex pareja. El 61,6% de las mujeres convivía con su agresor y el 38,4% no convivía con él. Mientras que de las que convivían con su agresor, el 24% lo había denunciado previamente, frente al 76% que no lo había hecho.

Teniendo en cuenta únicamente el año 2009, el último año que aparece en el informe y del que tenemos datos, y dejando a un lado los datos sobre víctimas mortales, durante 2009 llegaron a los juzgados españoles un total de 135.540 denuncias por violencia de género, lo que implica una media mensual de 11.295 denuncias y una media diaria de 371 denuncias. Si se compara este número con los de 2007 y 2008, se advierte un incremento del 12,5%, mientras que en el año 2009 se observa un descenso del 4,6% con respecto al número de denuncias registrado en 2008 (véase Gráfico 2.5).

Gráfico 2.5. Evolución del número de denuncias por violencia de género del 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2009.



Volviendo al dato de víctimas mortales, en el año 2009 hubo 55, la cifra más baja registrada entre 2003 y 2009, como ya se ha comentado con anterioridad. De las 55 víctimas, el 29,1% tenía 30 o menos años, el 29,1% tenía entre 31 y 40 años, el 29,1% tenía entre 41 y 64 y el 12,7% tenía más de 64 años. En cuanto a los agresores, el 21,8% tenía 30 años o menos, el 27,3% tenía entre 31 y 40, el 30,9% tenía entre 41 y 64 y el 20,0% de los agresores tenía más de 64 años.

La media de edad de las víctimas de 2009 fue de 41 años, mientras que la media de edad de los agresores fue de 46. Sobre la nacionalidad de las víctimas, 35 eran de nacionalidad española (63,6%) y 20 eran extranjeras (36,4%), mientras que de los agresores, el 56,4% eran españoles y el 43,6% extranjeros. En ambos casos, la procedencia mayoritaria de víctimas y agresores extranjeros eran países Latinoamericanos.

Otro dato relevante es la relación entre víctima y agresor en el momento del asesinato. El 56,4% de las fallecidas en 2009 mantenían una relación de pareja con su agresor, mientras que el 43,6% fueron asesinadas por sus ex-parejas o parejas en fase de ruptura. En cuanto a la convivencia, el 63,6% de las víctimas mortales convivía con el agresor, frente al 36,4% que no convivía con él.

Por último, a nivel de medidas judiciales y denuncias, comentar que más de la cuarta parte de las mujeres que fallecieron en 2009 por violencia de género habían denunciado a su agresor (25,5%), 13 víctimas habían solicitado medidas de protección (23,6%), de las cuales 11 obtuvieron dichas medidas (20,0%). De las 11 mujeres que tenían medidas de protección, 3 de ellas renunciaron a sus medidas y 2 tenían caducadas dicha protección en el momento de su asesinato, por lo que tan sólo 6 de las mujeres que murieron en 2009 tenían medidas de protección en vigor. De estas 6 víctimas, 3 mujeres minimizaron el riesgo, y en los otros 3 casos el quebrantamiento se produjo sin el consentimiento de las víctimas.

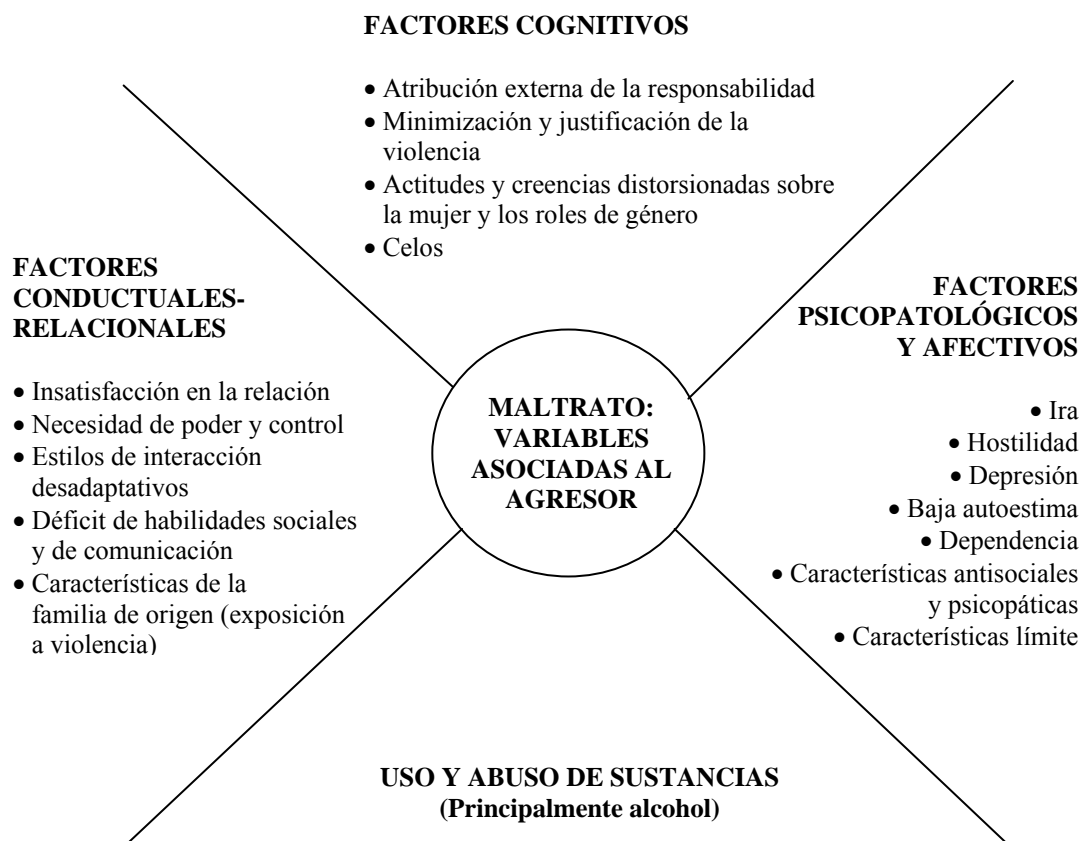
Capítulo 3

Factores de riesgo asociados al maltrato

3.1. Factores de riesgo asociados a los agresores

En la actualidad, los programas de intervención psicológica dirigidos a maltratadores se basan en toda una serie de variables, factores de riesgo (cognitivos, psicopatológico-afectivos y conductuales-relacionales) (véase Figura 3.1), relacionados con el maltrato a la pareja y que son modificables desde un punto de vista clínico. Los agresores son, por tanto, responsables de sus conductas pero presentan limitaciones psicológicas como, por ejemplo, en el control de impulsos, en las habilidades de comunicación y solución de problemas, en el control de los celos patológicos, abuso de alcohol, distorsiones cognitivas, etc. De forma que las intervenciones psicológicas pueden ser de utilidad a la hora de hacer frente a todas estas limitaciones, ya que conociendo las características más relevantes de este tipo de muestra y encontrando variables asociadas con el maltrato, podremos desarrollar programas de tratamiento mucho más específicos, así como hacer una labor preventiva más eficaz.

Figura 3.1. Multicausalidad de la violencia de género. Variables del agresor.



3.2. Factores cognitivos

En todos los modelos explicativos de la violencia hacia la pareja, las variables cognitivas tienen una relación clara y directa con el maltrato doméstico. Una perspectiva común en las investigaciones disponibles, es suponer que los maltratadores aceptan actitudes, creencias o puntos de vista que apoyan o justifican sus conductas de maltrato. De este modo, varios modelos indican que estos hombres saben lo que están haciendo, piensan que es algo aceptable y tienen almacenado en la memoria un repertorio de conductas de maltrato, que pueden utilizar en situaciones consideradas como apropiadas para este tipo de conductas, por ejemplo, un hombre que golpea a su mujer después de una discusión en función de la creencia de que ella le ha sido infiel.

Las ventajas de investigar la relación de distintas variables cognitivas con el maltrato hacia la pareja, son fundamentalmente dos: por un lado, la presencia de tales características cognitivas podría ayudar en la construcción y validación de modelos etiológicos del maltrato doméstico más comprensivos y, por el otro, conocer estas variables nos posibilita intervenir directamente sobre ellas durante el proceso terapéutico.

A continuación, mostramos los factores cognitivos que con mayor frecuencia han sido asociados con la violencia doméstica.

3.2.1. Atribuciones

Podemos definir las atribuciones como las razones que encuentra un sujeto para explicar la responsabilidad que tiene en los sucesos que le van ocurriendo. Las investigaciones actuales sobre el estilo atribucional que presentan los maltratadores, se basan en que estos hombres tratan activamente de explicar las causas de sus problemas de pareja y tratan de determinar la culpa y la responsabilidad en todas aquellas situaciones negativas que ocurren en la relación. En este sentido, las investigaciones parecen indicar que los maltratadores creen que los conflictos de pareja, tanto los que conllevan agresiones como los no agresivos, son causados por su pareja (Cantos,

Neidig, y O'Leary, 1993; Shields y Hanneke, 1983). En la misma línea, Dutton (1986) encontró que un tercio de su muestra de maltratadores consideró que la causa de sus conductas violentas eran sus mujeres. Los participantes que pensaban que sus mujeres eran las culpables, también eran los más propensos a minimizar el alcance de la violencia y la justificaban como una estrategia necesaria para resolver conflictos. Ninguno de los estudios, sin embargo, incluyó un grupo control, haciendo así difícil determinar si estos patrones son específicos de maltratadores que se encuentran inmersos en una relación insatisfactoria, o quizás de la mayoría de los individuos que puedan encontrarse en una relación problemática.

3.2.2. Actitudes y creencias

Las actitudes y creencias representan cogniciones generales sobre cómo las personas interpretan, representan y perciben la información que reciben. La característica central del constructo "actitud" incluye la evaluación de un estímulo, basada en una información previa cognitiva, afectiva y comportamental (Fazio, Sanbonmatsu, Powell y Kardes, 1986; Fiske y Taylor, 1991). Cuanto más consistentemente aparece una actitud en un determinado contexto, más probable es que sea activada inconscientemente cuando el contexto se presente de nuevo y, de esta manera, la actitud se fortalece (Fazio et al., 1986).

La primera investigación sobre actitudes y violencia doméstica nació de las teorías feministas del maltrato hacia la mujer (Dobash y Dobash, 1979) que consideran que la sociedad occidental está construida sobre un patriarcado, "un sistema de organización social que crea y mantiene la dominación del hombre sobre la mujer" (Sugarman y Frankel, 1996). Los hombres por tanto son socializados para mantener actitudes que justifican o mantienen el sistema de patriarcado. Estas actitudes y comportamientos resultantes, cuando son combinados con prácticas patriarcales en el sistema legal, religioso y otros sistemas sociales, produce un mantenimiento colectivo de la dominancia del hombre sobre la mujer en el ámbito doméstico.

Sin embargo, no solo en estos primeros estudios basados en teorías feministas se dan importancia a las cogniciones implicadas en el maltrato, numerosas investigaciones han encontrado sesgos cognitivos en la población de maltratadores, más concretamente referidos a la inferioridad de la mujer, los roles sexuales y legitimidad de la violencia como forma de resolver los conflictos. Además, estos hombres tienden a negar u olvidar el problema, a minimizarlo o justificarlo. Por ello, suelen atribuir a la pareja la responsabilidad del maltrato (*“es ella la que tiene que cambiar, ella fue la que me provocó”*), a factores personales (*“soy muy nervioso y ahora estoy pasando una mala racha”*) o a factores externos (*“había bebido bastante, los problemas del trabajo me hacen perder el control”*). De hecho, tras realizar una revisión, Dutton y Sonkin (2003) concluyen haciendo hincapié en la importancia de la educación y de las actitudes, constituyéndose como elementos fundamentales que deben trabajarse en los programas de intervención psicológica dirigidos a esta población.

Dentro de este apartado de actitudes y creencias es importante resaltar los celos, que constituyen uno de los motivos más frecuentes tanto en la violencia doméstica en parejas casadas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) como en las agresiones de parejas jóvenes (Follingstad, Dehart, Kennedy y Burke, 1999; Lavoie, Robitaille y Hérbert, 2000). Los celos son un mecanismo de control en el que se refleja la inseguridad, el miedo, la baja autoestima y la dependencia del que los ejerce (Lorente, 2001).

Más concretamente, los celos patológicos son una preocupación excesiva e irracional sobre la infidelidad de la pareja, lo que provoca una intensa alteración emocional llevando al sujeto a desarrollar conductas comprobatorias con el objetivo de controlar a la otra persona. Lo que hace que los celos sean excesivos y patológicos es la ausencia de una causa real desencadenante, la intensidad desproporcionada de los celos, el alto grado de interferencia con la vida cotidiana, el gran sufrimiento experimentado y, en último término, la pérdida de control (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001), de ahí su relación con la violencia doméstica.

3.3. Factores psicopatológicos y afectivos

Existe mucha controversia dentro del campo de la violencia doméstica, con respecto a la relevancia que tienen las variables emocionales y psicopatológicas a la hora de explicar o predecir el maltrato. Y, precisamente, lo que más preocupación suscita, es el hecho de que incluir mecanismos internos como los trastornos psicológicos o perturbaciones emocionales, puede aproximarnos a un “modelo médico”, en vez de focalizar la atención en las causas sociales de la violencia doméstica y en la necesidad de que los individuos sean conscientes de que son responsables de sus actos. Pero, sin dejar de lado el resto de variables implicadas en la violencia de género, y teniendo en cuenta que todas ellas son importantes a la hora de explicar un fenómeno de tal complejidad, es importante resaltar que numerosos estudios concluyen que este tipo de variables internas están presentes en esta población y que son de gran relevancia a la hora de entender el problema.

3.3.1. Trastornos emocionales

3.3.1.1. Ira/hostilidad

La ira y la hostilidad son quizás los factores de riesgo más obvios cuando hablamos de violencia doméstica. Sin embargo, lo que no está tan claro es el papel exacto que juega la ira en dicho problema (Norlander y Eckhardt, 2005). En primer lugar, es importante mencionar el matiz diferencial entre ira y hostilidad, mientras la ira es un constructo emocional, la hostilidad es un constructo de personalidad que refleja la tendencia general a percibir a los otros de una manera negativa y a actuar de acuerdo con esa percepción negativa. Recientemente se ha realizado un metaanálisis para determinar si había diferencias entre los agresores y aquellos que no lo eran, respecto a la forma de expresar ira y hostilidad (Norlander y Eckhardt, 2005). De las 33 investigaciones analizadas se concluye que los maltratadores presentaron niveles moderadamente superiores de ira y hostilidad comparados con los hombres no violentos, siendo aquellos que ejercieron una violencia más grave los que presentaban niveles más altos de ira y de hostilidad. Esto sugiere la posibilidad de una relación lineal

entre los niveles de ira y de hostilidad con respecto a la gravedad de la violencia hacia la pareja.

Cabe resaltar que las investigaciones sobre violencia de género se han centrado frecuentemente en emociones negativas como la depresión o la ansiedad, mientras que la ira ha sido poco estudiada entre otras cosas por los problemas que conlleva su definición (Eckhardt, Barbour y Stuart, 1997; Eckhardt y Deffenbacher, 1995), lo que hace a su vez que la mayoría de los instrumentos que evalúan ira, sean pobres a nivel psicométrico (Eckhardt, Norlander y Deffenbacher, 2004). Este tipo de problemas con el constructo “ira” ha dado lugar a resultados contradictorios. Por un lado, mientras la mayoría de las investigaciones concluyen que los hombres maltratadores muestran niveles de ira más elevados que los no violentos (Beasley y Stoltenberg, 1992; Boyle y Vivian, 1996), otros estudios han encontrado que no existen diferencias estadísticamente significativas, e incluso puntuaciones más bajas en ira en hombres maltratadores (Hastings y Hamberger, 1988).

En relación a la hostilidad parece que ocurre algo similar, ya que las investigaciones no han identificado patrones claros de hostilidad que distinga a los maltratadores comparándolos con grupos de hombres no violentos. Una excepción fue el estudio de Maiuro, Cahn, Vitalino, Wagner y Zegree (1988) quienes concluyeron que los hombres maltratadores muestran más hostilidad auto-informada en comparación con la muestra de hombres no violentos.

En resumen, y a pesar de los resultados contradictorios, podemos decir que la ira y la hostilidad parecen estar asociadas, al menos moderadamente, al riesgo de violencia doméstica, si bien es cierto que esa asociación no parece ser de tanta magnitud como cabría esperar a priori.

3.3.1.2. Depresión

La mayoría de investigaciones sobre maltratadores nos muestran que la presencia de síntomas depresivos (aunque no necesariamente con un diagnóstico

establecido) incrementa significativamente la probabilidad de violencia doméstica tanto severa como moderada (Pan, Neidig y O'Leary, 1994b; Schumacher, Feldbau-Kohn, Slep y Heyman, 2001). Feldbau-Kohn, Heyman y O'Leary (1998) encontraron que sólo el 11% de una muestra clínica de maltratadores fueron diagnosticados con un trastorno depresivo mayor. Por otro lado, la depresión puede estar asociada a la violencia doméstica a través de otras variables psicológicas intervinientes, como puede ser el rasgo de ira. Y de manera inversa, los síntomas de depresión observados en los agresores pueden también reflejar reacciones negativas transitorias causadas por la separación de la pareja (Maiuro et al., 1988; Murphy, Meyer y O'Leary, 1994). Sin embargo, Gondolf (1999) encontró que el trastorno más característico de su muestra de maltratadores era la depresión mayor, no siendo la depresión consecuencia de los incidentes relacionados con los malos tratos (detención, etc.) ya que el 31% de los que estaban deprimidos habían intentado suicidarse o habían amenazado con hacerlo en el pasado. De hecho, el 22% de la muestra había recibido en el pasado algún tipo de tratamiento para sus problemas de salud mental.

3.3.1.3. Autoestima y dependencia

Entendiendo por autoestima, de manera muy esquemática, la percepción, pensamientos y emociones que tenemos acerca de nosotros mismos, los datos parecen indicar que los hombres maltratadores manifiestan una autoestima más baja comparados con hombres no violentos (Cascardi y O'Leary, 1992; Goldstein y Rosenbaum, 1985; Murphy, Meyer y O'Leary, 1994; Neidig, Friedman y Collins, 1986; O'Leary, 1988). Es decir, estos hombres tendrían una percepción de sí mismos más negativa, llegando a infravalorarse, consiguiendo a través de la violencia sentirse mejor en cierto sentido, más válidos, por encima de sus mujeres, más respetados, etc. La violencia sería, por tanto, un intento de contrarrestar el malestar que les genera la pobre percepción que tienen de sí mismos. Además, otra implicación de la baja autoestima es el sentimiento de inferioridad cuando se comparan con otros hombres, compañeros de trabajo, amigos, familiares, etc., lo que hace que muy frecuentemente se sientan atacados por sus mujeres, como si ellas les recordaran continuamente (cuando no han preparado la cena, cuando les desautorizan de alguna manera delante de los hijos, etc.) que son menos

válidos, que no les respetan. Cuando ocurre esto y aparecen este tipo de pensamientos “disparadores”, es más fácil que termine actuando de manera violenta, con el objetivo de hacer ver que no es una persona débil.

Muy relacionado con la baja autoestima, otra característica significativa en estos hombres es la dependencia emocional hacia sus parejas (Murphy, Meyer y O’Leary, 1994), entendiendo como dependencia emocional la necesidad afectiva excesiva que una persona siente hacia otra. En el caso de los maltratadores esta dependencia la demuestran a través de la violencia. Son personas que necesitan a sus parejas, sienten miedo de perderlas, de ser abandonados, de no sentirse queridos, etc. Lo que unido a su baja autoestima les lleva a utilizar comportamientos agresivos para mantener a su pareja “a cualquier precio”.

3.3.1.4. Apego inseguro

Las teorías sobre el apego (Bowlby, 1969) afirman que la seguridad emocional en una relación, así como las estrategias de regulación emocional para mantener tanto la unión como la independencia, tienen sus raíces en las experiencias tempranas con los cuidadores. Las investigaciones sobre el apego indican que los maltratadores son más susceptibles de haber sido testigos de violencia interparental y/o haber experimentado maltrato en la infancia, en comparación con los hombres no violentos (Delsol y Margolin 2004). Como consecuencia de esas experiencias tempranas, pueden desarrollar conductas disfuncionales respecto al apego. Por tanto, y según estos resultados, estos individuos tienen dificultades a la hora de regular la emociones en las relaciones íntimas (Dutton, 1998) con problemas como una excesiva dependencia hacia la pareja y miedo al abandono (Murphy, Meyer y O’Leary, 1994). Se puede concluir, por tanto, que las formas de apego inseguras se asocian a un incremento del riesgo de maltrato doméstico en la vida adulta (Schumacher et al., 2001).

3.3.2. Trastornos de personalidad

Numerosas investigaciones sobre personalidad han encontrado entre los maltratadores, utilizando medidas autoinformadas, puntuaciones elevadas en un amplio conjunto de escalas que miden trastornos de personalidad. Por ejemplo, estudios que han utilizado el MCMI y el MCMI-II han encontrado que los maltratadores puntuaron más alto que el grupo control en el trastorno de evitación, sádico-agresivo, pasivo-agresivo, antisocial, límite, narcisista y paranoide (Hamberger y Hastings, 1991; Murphy, Meyer y O'Leary, 1993). Si bien es cierto que tras controlar estadísticamente la emocionalidad general negativa, los hombres maltratadores diferían de los no violentos sólo en las escalas relativas a problemas de personalidad antisocial o agresiva (Murphy et al., 1993).

En la Tabla 3.1 se muestra un resumen de algunos estudios que han evaluado características de salud mental en maltratadores.

Tabla 3.1. Características de salud mental en maltratadores (Tabla tomada de Calvete, 2008).

AUTORES	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Beasley y Stoltenberg (1992)	49 hombres abusadores y 35 hombre son abusadores pero implicados en relaciones de pareja conflictivas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MCMI-II ▪ Inventario de Personalidad Narcisista ▪ STAI 	Puntuaciones mayores en narcisismo, personalidad antisocial, esquizotípica, borderline y agresiva/sádica, y en ansiedad estado y rasgo
Belfrage y Rying (2004)	164 maltratadores que cometieron homicidio	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrevista para evaluar criterios DSM-IV ▪ Escala de psicopatía PCL-SV 	Todos los casos menos 5 fueron diagnosticados con al menos un trastorno: 36% psicosis, 3% trastorno distímico, 11% depresión mayor, 2% abuso de sustancias. TP: 1% paranoide, 5% antisocial, 4% borderline, 1% histriónica, 6% narcisista, 15% no especificada
Boyle y Vivian (1996)	263 hombres en terapia de pareja (94 no violentos, 69 moderadamente violentos y 100 severamente violentos). Un grupo de comparación de la comunidad compuesto por hombres satisfechos en sus relaciones de pareja		Los severamente violentos mostraron mayores niveles de ira, síntomas depresivos

AUTORES	MUESTRA	INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Else, Wonderlich, Beatty, Christie y Staton (1993)	21 maltratadores y 21 no maltratadores	<ul style="list-style-type: none"> ▪ MMPI ▪ PDS 	Los maltratadores puntuaron más alto en TP borderline y antisocial. No hubo diferencias en síntomas de depresión ni en consumo de alcohol
Flournoy y Wilson (1991)	56 maltratadores en tratamiento	MMPI	Se caracterizaron por tendencia a adicciones ya depresión
Gavazzi, Julian y McKenry (1996)	152 a los que se evaluó el uso de la violencia contra la pareja	BSI	Los violentos mostraron mayores puntuaciones en las subescalas de depresión, ansiedad general y fóbica, hostilidad, ideación paranoide, sensibilidad interpersonal y psicoticismo
Gondolf (1999)	840 maltratadores remitidos judicialmente a tratamiento	MCMI-III	11% depresión mayor 40% trastornos de ansiedad 90% puntuó positivo para al menos un TP (25% narcisista, 24% pasivo-negativo, 19% antisocial y 19% depresiva) 26% había recibido tratamiento en el pasado para alcoholismo o consumo de drogas
Grann y Wedin (2002)	88 maltratadores en prisión	PCL-R	51% abuso o dependencia de alcohol o drogas 27% psicopatía
Hamberger y Hastings (1991)	38 maltratadores alcohólicos 61 maltratadores no alcohólicos 92 hombres de la comunidad, de los cuales 28 fueron identificados como violentos	MCMI	Los maltratadores puntuaron más alto en trastorno de personalidad límite, especialmente los que además eran alcohólicos
Hanson, Cadsky, Harris, Lalonde (1997)	997 divididos según una prueba de autoinforme en no maltratadores (184), maltratadores moderados (517) y maltratadores severos (296)	Cuestionarios con múltiples medidas	Los hombres que puntuaron alto en conducta abusiva se caracterizaron en mayor medida por TP antisocial, síntomas de estrés y consumo de sustancias
Hart, Dutton y Newlove (1993)	85 maltratadores voluntarios y remitidos judicialmente	MCMI-II	La entrevista mostró una prevalencia del 50% para TPs. El MCMI-II indicó que el 80-90% presentaban algún TP. Descartaron los TP narcisista (58%) y antisocial (60%)
Sugihara y Warner (1999)	60 maltratadores y 45 no maltratadores de la comunidad	MCMI-III	Los maltratadores puntuaron más alto en numerosos TP, siendo las diferencias mayores en personalidad paranoide, esquizoide, esquizotípico
Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor (2003)	54 maltratadores en prisión	SCL-90-R	Niveles de síntomas psicopatológicos similares a los de la población general Más frecuentes los antecedentes psiquiátricos entre los que no habían intentado homicidio
Echeburúa y Fernández-Montalvo (2007)	162 maltratadores en prisión	SCL-90-R	12% mostraron probable psicopatía 71% tenían historia psiquiátrica previa

A continuación se exponen, de manera más específica, los dos trastornos de personalidad que han sido más frecuentemente asociados con la agresión a la pareja.

3.3.2.1. Características de personalidad antisocial y psicopática

Parece que las características de personalidad antisocial son relativamente comunes entre los maltratadores. Los individuos con trastorno de personalidad antisocial manifiestan un patrón de violación de normas y delincuencia de origen en la niñez o adolescencia temprana, y son definidos como impulsivos, propensos a la agresión y generalmente ajenos a los derechos de los otros. Por otro lado, la psicopatía es una variante más severa del trastorno de personalidad antisocial e incluye el desapego emocional, relativa ausencia de ansiedad, ausencia de remordimientos y un estilo interpersonal embaucador y cruel.

Respecto al trastorno de personalidad antisocial, se ha encontrado un riesgo elevado de maltrato entre individuos diagnosticados con este trastorno (Danielson, Moffitt y Caspi, 1998; Kessler, Molnar, Feurer y Appelbaum, 2001). Murphy, O'Farrell, Fals-Stewart y Feehan (2001) encontraron que el nivel de síntomas del trastorno de personalidad antisocial fue también más alto entre hombres alcohólicos con una historia reciente de violencia hacia la pareja que entre los alcohólicos no violentos. Asimismo, Hart, Dutton y Newlove (1993) encontraron que el 29% de una muestra clínica de maltratadores, reunieron criterios diagnósticos para el trastorno de personalidad antisocial utilizando una entrevista estructurada.

En cuanto a la psicopatía, parece que es bastante inusual entre muestras clínicas de maltratadores (Huss y Langhinrichsen-Roling, 2001), aunque otras teorías establecen que la psicopatía propicia la aparición de conductas violentas y, diversos autores, han encontrado la presencia de tales rasgos en maltratadores (Garrido, 2000; Hare, 2000; Sanmartín, 2004).

En España, Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) analizaron a 76 maltratadores condenados por violencia grave contra la pareja, evaluando la presencia de trastornos de la personalidad (con el MCMI-II) y psicopatía (con la PCL-R). El 86,8% de la muestra presentaba al menos un trastorno de la personalidad, considerado según una puntuación igual o superior a 84 en el MCMI-II. Respecto a la psicopatía, el 14,4% obtuvo una puntuación igual o superior a 20, indicando tendencias psicopáticas.

3.3.2.2. Características de personalidad límite

Dutton (1998) ha desarrollado una teoría de violencia en las relaciones de pareja, basada en la premisa de que la “personalidad maltratadora” es esencialmente la personalidad límite. En este sentido, encontró que el maltrato doméstico estaba asociado a la organización de la personalidad límite, un síndrome caracterizado por problemas de identidad, pobre percepción de la realidad y defensas psicológicas primitivas. Sin embargo, y a pesar de estos datos, Hart y colaboradores (1993) encontraron que solo el 24% de su muestra clínica de perpetradores de violencia doméstica, reunió criterios para el trastorno de personalidad límite en una entrevista diagnóstica y cerca de un 50% no reunieron criterios para ningún trastorno de personalidad, mientras que en otros estudios se han encontrado índices del trastorno de personalidad límite inferiores al 20% (Remington y Murphy, 2001).

Dado que los trastornos de personalidad son definidos como estables a través del tiempo y altamente resistentes al cambio terapéutico, desde un punto de vista poco esperanzador, podríamos suponer que los maltratadores no van a responder bien al tratamiento, debido a la disfunción de personalidad subyacente. Sin embargo, la evidencia empírica que tenemos al respecto muestra resultados contradictorios. Dutton, Bonarchuk, Kropp, Hart y Ogloff (1997a) encontraron que aquellos maltratadores con características antisociales o límites, presentaban más conductas de maltrato tras la intervención, comparados con aquellos maltratadores que no presentaban estos rasgos de personalidad. Otros estudios, al contrario, han encontrado que los trastornos antisociales o sus características asociadas no predicen variaciones significativas en los resultados de la terapia (Gondolf y White, 2001; Remington y Murphy, 2001). Por tanto, cuando se evalúa y se interviene con este tipo de población, hay que tener en cuenta que la presencia de un trastorno de personalidad de este tipo, no tiene porqué suponer que estos individuos no puedan responder satisfactoriamente a la terapia. La perspectiva que se debe tener en este sentido, es que estos rasgos de personalidad influyen en la violencia hacia la pareja a través de mecanismos concretos a nivel cognitivo, conductual y relacional, que pueden ser objeto de cambio.

3.4. Uso y abuso de sustancias

Existe numerosa evidencia empírica que indica que el consumo de alcohol es un factor de riesgo para la violencia doméstica (Abdulla y Badawy, 2003; Easton, Mandel, Hunkele, Nich, Rounsaville y Carroll 2007; Field, Caetano y Nelson, 2004; George, Umhau, Phillips, Emmela, Ragan, Shoaf y Rawlings, 2001; Soler, Vinayak y Quadagno, 2000; Tilley y Brackley, 2005), siendo el alcohol un activador de conductas violentas derivadas de unas actitudes hostiles previas (Echeburúa, Amor y Fernández-Montalvo, 2002).

Field, Caetano y Nelson (2004) concluyeron que el consumo de alcohol era más frecuente entre los maltratadores que entre los no agresores. Otro ejemplo es el estudio de Murphy y O'Farrell, (1996) quienes encontraron que más de la mitad de las parejas de los hombres en tratamiento por problemas con el alcohol, habían sido objeto de violencia doméstica en el año precedente al proceso terapéutico. Asimismo, estudios con población estadounidense indican una asociación lineal significativa entre el consumo de alcohol y la prevalencia del maltrato doméstico, así como entre problemas relacionados con el alcohol y el maltrato doméstico (Cunradi, Caetano, Clark y Schafer, 1999). Además, y respecto a la severidad del problema, entre los hombres en tratamiento por abuso de sustancias, aquellos que habían maltratado a sus parejas tenían problemas más severos de alcoholismo (Murphy y O'Farrell, 1994) y niveles más elevados de uso ilícito de drogas (Bennet, Tolman, Rogalski y Srinivasaraghavan, 1994; Murphy et al., 2001).

Además, los problemas con el alcohol tienen asociadas implicaciones muy importantes respecto a la respuesta al tratamiento de este tipo de población. En dos estudios diferentes (DeMaris y Jackson, 1987; Hamberger y Hastings, 1990) se concluyó que los individuos con alcoholismo que recibieron tratamiento por ejercer malos tratos, fueron más propensos a volver a maltratar físicamente a sus parejas después del tratamiento, más que aquellos que no tenían problemas con el alcohol. En esta misma línea, otro estudio encontró que los hombres que estaban bebidos casi todos

los días, eran dieciséis veces más propensos a maltratar a sus parejas, en comparación con aquellos que nunca bebían (Jones y Gondolf, 2001).

También comentar que existen ciertos aspectos positivos con respecto a la relación de la violencia doméstica y el uso de sustancias, en el sentido de que en bastantes estudios sobre terapias para el consumo alcohol o drogas, los individuos que alcanzan una sobriedad estable, muestran reducciones sustanciales en la violencia doméstica y son mucho menos propensos a volver a maltratar, comparados con los pacientes que han sufrido recaídas (O'Farrell, Fals-Stewart, Murphy y Murphy, 2003; O'Farrell y Murphy, 1995).

Podemos concluir por tanto, que en el caso de que existan problemas de consumo de sustancias, la intervención sobre el consumo debe ser parte fundamental de cualquier programa de tratamiento dirigido a maltratadores.

3.5. Factores conductuales-relacionales

En este apartado se revisan las variables relativas al contexto conductual y situacional en el que tiene lugar la violencia doméstica, así como los déficits en habilidades sociales y problemas de conducta.

3.5.1. Insatisfacción en las relaciones

Un reciente meta-análisis encontró que la insatisfacción en la relación es uno de los correlatos más consistentes de maltrato doméstico (Schumacher et al., 2001). Las parejas en las que aparece violencia doméstica se caracterizan por altos niveles de conflictos y bajos niveles de satisfacción en la relación. En este sentido, las observaciones clínicas y los estudios cualitativos sugieren que la violencia física suele ocurrir en el contexto de una discusión, desacuerdo o conflicto de relación (Dobash y Dobash, 1984; O'Leary, 1999).

La relación entre la insatisfacción conyugal y la violencia doméstica nos plantea cuestiones interesantes como, por ejemplo, si es la insatisfacción en la relación resultado del maltrato o, por el contrario, si la insatisfacción es previa y termina derivando en violencia doméstica. En este sentido, existen resultados contradictorios. O'Leary y colaboradores encontraron que la insatisfacción en la relación predecía el maltrato doméstico en una muestra de recién casados (O'Leary, Malone y Tyree, 1994). Pero también la insatisfacción marital puede emerger como resultado de interacciones hostiles y agresivas.

De la relación entre la insatisfacción marital y la violencia hacia la pareja se pueden extraer dos implicaciones clínicas importantes:

- ✓ La gran mayoría de maltratadores se encuentran inmersos en relaciones altamente insatisfactorias. De ahí que muchas estrategias e intervenciones que nos sirven para disminuir la insatisfacción marital puedan ser adaptadas a esta población, consiguiendo resultados positivos.
- ✓ Cuando existe violencia dentro de una relación de pareja, evidentemente el nivel de satisfacción se ve muy afectado y se puede producir una ruptura definitiva, ambos puntos muy relevantes a la hora de motivar a los pacientes y conseguir que busquen tratamiento para cambiar su conducta.

3.5.1.1. Poder y control

Los constructos de poder y control son la base central de las teorías feministas sobre violencia doméstica ya que, según este enfoque, las causas primarias del maltrato son la necesidad de poder por parte del hombre en la relaciones íntimas y su tendencia a ejercer comportamientos coercitivos y controladores hacia su pareja, reafirmando así su poder.

A pesar de que muchos programas de tratamiento para maltratadores se basan en estas teorías feministas, la evidencia empírica muestra contradicciones respecto a los conceptos de poder y control. De acuerdo con una revisión de Malik y Lindahl (1998),

en relación a estos conceptos la literatura está llena de numerosos problemas metodológicos y parece que no han podido ser validados (Malik y Lindahl, 1998). Por ejemplo, Babcock, Waltz, Jacobson y Gottman (1993) no encontraron relaciones entre las bases del poder (educación, ingresos, estatus socioeconómico) y la violencia doméstica, además, la relación entre los resultados de ejercer ese poder (por ejemplo el control sobre la toma de decisiones) y la violencia doméstica era mínima. Por tanto, y a pesar de que el enfoque feminista se base en estos dos conceptos, hay poca evidencia empírica consistente y mucha confusión en relación al concepto de dinámicas de poder dentro de las relaciones de pareja. De hecho, tanto los resultados empíricos como las observaciones clínicas sugieren que en la base de un acto violento hacia la pareja, los procesos subyacentes son mucho más complejos que una simple expresión de dominancia y control. Existen datos que más bien nos indican lo contrario, es decir, los individuos maltratadores generalmente se perciben a sí mismos como víctimas de las acciones negativas de sus parejas, son inseguros emocionalmente y tienen miedo a ser abandonados por sus parejas, lo que contradice la visión del maltratador con un alto nivel de poder y control en sus relaciones, o al menos no son características que aparezcan en todos los casos.

3.5.1.2. Estilo interaccional

Como ya se ha expuesto anteriormente, la satisfacción dentro de la relación de pareja es una variable importante en la violencia doméstica, lo que significa que para poder analizar en profundidad este problema, debemos tener en cuenta la conducta e interacciones de ambos miembros de la pareja. Esto en ningún caso significa que haya que culpabilizar a las víctimas, pero sí implica que debemos conocer el contexto en el que ocurre para comprender la dimensión del problema, incluyendo este contexto la conducta y la forma de interactuar de ambos miembros de la pareja (Jacobson, 1994). De esta manera, se podrán plantear programas terapéuticos más eficaces que incluyan en sus objetivos la modificación de este tipo de interacciones problemáticas.

Diferentes investigaciones han encontrado que, en comparación con las parejas no violentas, las parejas violentas exhiben más conductas ofensivas durante las

discusiones, así como más patrones de comunicación negativa por parte de los dos (Berns, Jacobson y Gottman, 1999; Burman, Margolin y John, 1993; Cordova, Jacobson, Gottman, Rushe y Cox, 1993; Jacobson, Gottman, Waltz, Rushe, Babcock y Holtzworth-Munroe, 1994; Margolin, John y Gleberman, 1988). En concreto, las parejas violentas parecen limitarse a un patrón recíproco beligerante, de desprecio y hostilidad, en el que cada miembro de la pareja responde a la conducta negativa del otro con reacciones negativas similares. Esta secuencia de reciprocidad negativa es duradera en el tiempo e incluye más conductas negativas en las parejas violentas que en las no violentas. Cabe resaltar también, que mientras se observan pocas diferencias en estas variables entre maridos y mujeres dentro de parejas donde ambos son violentos, en aquellas parejas donde el hombre es el agresivo, estos hombres no dejan de comunicarse de manera violenta, aunque sus mujeres tengan miedo y hagan lo posible para terminar la discusión o conflicto (Jacobson et al., 1994).

Los datos que muestran relaciones de pareja donde ambos tienen un patrón de conducta agresivo, rompen con la imagen estereotipada que se suele tener de la víctima de violencia doméstica (pasiva, temerosa, etc.) y sugiere que en muchas parejas en las que se experimenta violencia doméstica ambos miembros pueden ser negativos y reactivos. Estos resultados no deben entenderse como que los individuos no son responsables de sus conductas agresivas, sólo por el hecho de que su pareja se esté comportando de la misma manera, si no que debemos entender que el maltrato y la violencia tienen lugar, en ocasiones, en el contexto de conflictos donde ambos se exceden en sus conductas. Por tanto, todos estos datos nos revelan la importancia que tienen las variables contextuales en la violencia doméstica. Por ejemplo, se ha encontrado que cuando un miembro de la pareja es físicamente agresivo en la relación, es altamente probable que el otro miembro también lo sea (Archer, 2000). Y, aunque algunas de estas agresiones mutuas se llevan a cabo en defensa propia (Saunders, 1988), los estudios con población comunitaria revelan que las mujeres manifiestan tener la misma probabilidad que sus parejas de iniciar la agresión física durante situaciones de conflicto (Stets y Straus, 1990).

3.5.2. Déficit de habilidades sociales

Los maltratadores son, en general, comunicadores poco hábiles en las relaciones íntimas. Por ejemplo, una habilidad clave en las relaciones sociales es la asertividad, o “la habilidad de expresar lo que uno quiere o siente, por ejemplo negarse a peticiones de otros, hacer peticiones o iniciar el contacto con otros” (Scumacher et al., 2001). Pues bien, los estudios que analizan la variable asertividad en maltratadores, nos ofrecen resultados poco consistentes. Algunos datos sugieren que los maltratadores son menos asertivos que los no violentos, mientras otros apuntan a que no existen diferencias significativas.

Sin embargo, cuando hablamos de problemas de asertividad específicamente conyugales, sí que parecen estar consistentemente asociados con el maltrato doméstico. Prueba de ello son dos estudios donde se revela que los maltratadores exhiben una menor asertividad conyugal que los hombres no violentos inmersos en relaciones insatisfactorias (Dutton y Strachan, 1987; Rosenbaum y O’Leary, 1981).

Otros estudios han encontrado, analizando conflictos conyugales imaginarios, que las respuestas que estos hombres violentos daban mientras se imaginaban a sí mismos inmersos en estos conflictos, eran significativamente más incompetentes que las respuestas de un grupo de hombres no violentos (Holtzworth-Munroe y Anglin, 1991). Concretamente, imaginando una escena donde otro hombre está “flirteando” con la mujer del participante, los hombres violentos eran más propensos que los no violentos a responder que amenazarían al otro hombre o a la mujer y menos propensos a manejar el conflicto de una manera socialmente apropiada.

Este déficit de habilidades parece reflejar problemas con las habilidades sociales en general, aunque el déficit es particularmente pronunciado en el campo de las relaciones (Anglin y Holtzworth-Munroe, 1997). Además, los estudios hasta la fecha indican que el déficit en las habilidades es aún mayor bajo condiciones de activación afectiva.

3.5.3. Funcionamiento de la familia de origen

Existe numerosa evidencia empírica de que crecer en hogares donde son frecuentes las peleas, discusiones y conflictos entre los padres, constituye un factor de riesgo importante para posteriores problemas de conducta en la vida adulta (Grych y Fincham, 2001; Skopp, McDonald, Manke y Jouriles, 2005).

Las primeras investigaciones acerca del efecto que tiene la exposición a violencia de género durante la niñez, concluían que la exposición directa o indirecta a esa violencia es la causa principal que explica el uso posterior de violencia hacia la pareja en la adolescencia y vida adulta. Sin embargo, en la actualidad, las investigaciones nos muestran que hay que tener en cuenta múltiples variables que se interrelacionan para explicar porqué niños que han visto a su padre maltratar a su madre, finalmente cuando son adultos ejercen también malos tratos a sus parejas (Davies y Sturge-Apple, 2007). Habría que tener en cuenta factores como la severidad, cronicidad, niveles de los daños infringidos, expresión por parte de los padres de ira, tristeza, miedo, amenazas, etc. Todas estas variables median los efectos que la exposición a violencia de género puede tener en el desarrollo de estos niños (Davies, Harold, Goeke-Morey y Cummings, 2002).

Otra variable a tener en cuenta respecto a la familia de origen, y que va un paso más allá que la simple exposición a violencia de género, es haber sufrido malos tratos por parte de los padres. Parece que el haber sido maltratado de niño, constituye un factor de riesgo para el uso de violencia de género en el futuro, ya que hace más probable que el niño sufra déficits en el aprendizaje social, así como problemas en la regulación emocional y en el funcionamiento interpersonal, que a su vez son 3 factores de riesgo para la violencia doméstica. De hecho, no es necesario niveles muy severos de malos tratos en la infancia para que se den consecuencias negativas en el desarrollo físico, cognitivo y social del niño (Repetti, Taylor y Seeman, 2002).

Desde la teoría del aprendizaje social, proponen que los niños maltratados por sus progenitores aprenden patrones de interacción social basados en la agresividad y la hostilidad, generalizando estos patrones fuera de la familia de origen, primero con los

amigos o iguales y más tarde con sus parejas (Ehrensaft, Cohen, Brown, Smailes, Chen, y Johnson, 2003; O'Leary, 1988).

Por último, otra variable a tener en cuenta en el ámbito de la familia de origen es la presencia de conductas antisociales en la historia familiar. Muchos estudios longitudinales muestran que las conductas antisociales en la familia, predicen el uso de violencia de género, incluso controlando el efecto de otros factores de riesgo relacionados con la familia de origen (Andrews, Foster, Capaldi y Hops, 2000; Capaldi y Clark, 1998; Ehrensaft et al., 2003; Ehrensaft, Moffitt y Caspi, 2004; Moffitt, Caspi, Rutter y Silva, 2001; Woodward, Fergusson y Horwood, 2002).

Capítulo 4

Instrumentos de evaluación

4.1. Áreas a evaluar en maltratadores

La necesidad de contar con instrumentos de evaluación fiables y sensibles al cambio parte de dos objetivos fundamentales. En primer lugar, a la hora de elaborar protocolos de intervención eficaces, deben conocerse las variables concretas sobre las que los programas terapéuticos deben incidir. En apartados anteriores se han expuesto cuáles son las variables más importantes asociadas al maltrato, pero, sin duda, es necesario seguir evaluando a este tipo de población para mejorar las intervenciones y hacerlas cada vez más específicas y eficaces. En segundo lugar, para demostrar que una intervención ha sido efectiva, es necesario contar con instrumentos de medida sensibles al cambio que se da entre el inicio del tratamiento y el final del mismo. Por tanto, evaluando todas aquellas variables implicadas o asociadas a los hombres maltratadores, se podrán desarrollar programas de tratamiento que incidan sobre esas variables y podremos evaluar de nuevo tras el proceso terapéutico, determinando así si han mejorado o no.

Además, la evaluación clínica proporciona el fundamento para desarrollar la formulación de cada caso. La información obtenida permite formular hipótesis explicativas sobre la naturaleza y la extensión de los problemas de abuso, incluyendo información sobre las situaciones y contextos en los que ocurre la conducta de abuso, características interpersonales de la violencia y la motivación para el cambio. Asimismo, la evaluación inicial proporciona información adicional sobre otros problemas psicológicos como trastornos de personalidad, cambios en el estado de ánimo, consumo de sustancias, presencia de ira u hostilidad, etc.

Hay que tener en cuenta que muchos de los pacientes que son obligados a seguir un tratamiento (como medida judicial), suelen tener una nueva relación de pareja y en el momento actual, según ellos mismos refieren, no tienen problemas de convivencia con esa nueva pareja. En este caso, la evaluación debe centrarse en la pareja con la que tuvieron el problema, para intentar así operativizar los comportamientos de abuso existentes en su repertorio de conductas.

En general, ya sea a través de entrevista, cuestionarios, autorregistros, informes de conocidos, familiares o informes oficiales (policiales, judiciales), cuando nos enfrentamos a pacientes que han sido violentos con sus parejas, se deben explorar las siguientes áreas:

1. Conducta violenta y abusiva.

A. Tipos de Abuso y Violencia.

- ✓ Agresión física: por ejemplo, tirar un objeto, retorcer un brazo y tirar del pelo, empujar, agarrar, abofetear (agresiones menores); utilizar un cuchillo o arma, pegar con el puño o con algo que cause daño, intentar ahogar, arrojar contra la pared, dar una paliza, quemar o abrasar, dar una patada (agresiones severas).
- ✓ Abuso psicológico/emocional: por ejemplo, insultar, maldecir, gritar o chillar, marcharse dando un portazo, hacer algo para hacer rabiar o fastidiar (agresiones menores); insultar, destruir algo que pertenece a la pareja, acusar de hacer algo mal, amenazar con tirar algo (agresiones severas).
- ✓ Abusos y coerción sexual: por ejemplo, insistir para mantener relaciones sexuales (agresión menor); emplear la fuerza para mantener relaciones sexuales, amenazar para obligar a mantener relaciones sexuales (agresiones severas).
- ✓ Abuso de los hijos.
- ✓ Generalización de la violencia a otros contextos distintos al ámbito familiar.

B. Dimensión del Abuso.

- ✓ Frecuencia.
- ✓ Gravedad.
- ✓ Heridas/daños.
- ✓ Claves contextuales.
- ✓ Consecuencias interpersonales.

C. Peligrosidad.

- ✓ Acceso a armas.

- ✓ Amenazas de homicidio y suicidio.
- ✓ Fantasías violentas.
- ✓ Estabilidad y cambio en el estado clínico.
- ✓ Estado de la relación/separación.

2. Malestar y calidad de las relaciones.

A. Ajuste en general en las distintas relaciones.

B. Áreas problema en las relaciones.

C. Compromiso diádico (cómo ha se ha implicado en sus relaciones de pareja).

D. Habilidades de comunicación.

- ✓ Habilidades de escucha.
- ✓ Habilidades de expresión.
- ✓ Habilidades de asertividad.
- ✓ Negociación y compromiso.
- ✓ Solución de problemas.

3. Factores de mantenimiento.

A. Problemas relacionados con la ira.

- ✓ Ira general o de rasgo.
- ✓ Estrategias y habilidades para el control de la ira.
- ✓ Cogniciones de ira/irritabilidad.

B. Uso y abuso del alcohol y otras drogas.

- ✓ Cantidad y frecuencia de consumo.
- ✓ Ocurrencia simultánea del consumo y de la ira.
- ✓ Síntomas de abuso/dependencia.

C. Trastornos psicológicos que afectan a la regulación del afecto y a la violencia.

- ✓ Trastorno antisocial de la personalidad.
- ✓ Trastorno límite de la personalidad.
- ✓ Trastorno bipolar.

- ✓ Síntomas psicóticos.

D. Actitudes y creencias.

- ✓ Justificación del abuso hacia la pareja.
- ✓ Aceptación del uso de la violencia.
- ✓ Actitudes sobre el rol de género.

E. Factores orgánicos y/o psicológicos.

- ✓ Traumatismo craneoencefálico.
- ✓ Trastornos epilépticos.

4. Otras áreas clínicas.

A. Historial de traumas

- ✓ Presencia de violencia familiar durante la infancia.
- ✓ Experiencias infantiles de abuso y abandono.
- ✓ Otras experiencias traumáticas.

B. Rasgos de personalidad.

- ✓ Rasgos de personalidad obsesivo-compulsivos.
- ✓ Narcisismo.
- ✓ Necesidad y deseo de control.

C. Síntomas de ansiedad.

- ✓ Ataques de pánico/ Fobia social/ Ansiedad generalizada.

D. Celos e inseguridad en el desarrollo de vínculos.

E. Depresión e ideación suicida.

4.2. Entrevista clínica

Antes de iniciar la entrevista clínica, cuando los casos son derivados del sistema judicial (medida alternativa a la entrada en prisión), hay que tener una serie de consideraciones previas:

- a) La intervención psicológica se realizará en un contexto clínico, lo que supone que los terapeutas guardarán secreto profesional de todos aquellos aspectos

personales que no violen ninguna ley. El papel del terapeuta consiste en potenciar la empatía, intentando comprender cómo se sienten, sin que por ello dejen de ser conscientes del problema y acepten su responsabilidad en el mismo. Posiblemente ellos nunca hubieran imaginado encontrarse en una situación de este estilo y el terapeuta debe hacerles ver que les entiende en ese sentido.

- b) El papel de terapeuta consiste, fundamentalmente, en ayudarles a superar situaciones personales que muchas veces ellos consideran injustas, pero que el clínico no puede juzgar. El terapeuta no tiene relación con el origen de su situación legal. La sociedad, a través del sistema judicial, les ha condenado por lo que han hecho a sus parejas y el terapeuta no debe amenazarles si no quieren acudir a terapia, esa es una decisión que pertenece exclusivamente a ellos y las consecuencias legales y su cumplimiento no forman parte de la labor del terapeuta. El único compromiso que los terapeutas deben tener hacia ellos es el de ayudarles a adquirir habilidades de autocontrol para manejar situaciones conflictivas en sus relaciones de pareja.
- c) El terapeuta debe evitar utilizar términos con una connotación social negativa como “maltratador, machista, agresor, abusador” ya que pueden provocar reacciones negativas que no ayudan a desarrollar una buena relación terapéutica.
- d) Debe prestarse atención a las posibles señales de rechazo y resistencia y, cuando surjan, intentar preguntarle de forma empática cómo se siente, si le molesta lo que se le está preguntando y si prefiere hablar en otro momento de los temas relevantes por los que está aquí.
- e) Es importante reforzarle para que consiga elaborar la información de una manera adecuada, utilizando una conducta no verbal de aceptación, utilizando preguntas del tipo “¿puedes contarme más sobre...?” “¿Qué sucedió antes...y después...?”.

- f) Es importante evaluar los antecedentes cognitivos preguntando, por ejemplo, “¿qué significó eso para ti?” ¿Qué crees tú que estaba intentando hacer tu pareja?”.
- g) El principio general que debe guiar al terapeuta a la hora de hacer la entrevista clínica, es el de intentar comprender lo que le molesta, cuándo, cómo y por qué ocurre el comportamiento agresivo y cómo se siente sobre esta forma de comportarse.

A continuación, se muestran algunas directrices generales de cómo llevar a cabo una entrevista clínica con este tipo de población, así como diferentes áreas que se deben abordar y preguntas que se pueden utilizar para evaluar cada una de ellas (Murphy y Eckhardt, 2005):

- a) Contexto en el que ha surgido el problema de abuso/maltrato (verbal, físico y/o sexual). Se pueden formular las siguientes preguntas: *¿qué estaba sucediendo en tu vida en el momento de los hechos? ¿Estabas bajo estrés en el trabajo y/o con tu familia? ¿Tenías algún problema económico, de salud o cualquier otro con tu pareja? ¿Recuerdas si ese día había ocurrido algo que influyera en tu estado de ánimo o en cómo te sentías?*
- b) Claves situacionales que rodearon a la situación de maltrato: *¿qué sucedió inmediatamente antes? ¿Dónde estabas tú en aquel momento? ¿Cuándo sucedió? ¿Qué estabas haciendo antes de que empezase? ¿Qué estaba haciendo tu pareja? ¿Hubo algo en particular que se dijo o sucedió que hizo que la discusión y/o pelea se hiciese más fuerte (por ejemplo, un insulto, amenaza, empujón, etc.)?*
- c) Cosas concretas que sucedieron y que provocaron que el conflicto fuese escalando en intensidad y gravedad: *¿qué sucedió a continuación? ¿Qué dijiste o hiciste en respuesta a lo que estaba haciendo tu pareja? ¿Recuerdas qué*

sucedió justo antes de la situación? ¿Hubo algo en particular que se dijo o hizo que empeoró la discusión?

- d) Interpretación que hace el paciente del significado de las claves ambientales y de la escalada en la discusión con su pareja: *¿qué es lo que más te preocupa de lo que ha sucedido? ¿Cómo ves ahora lo que ha sucedido? ¿Qué fue lo peor que hizo tu pareja? ¿Hubo otras cosas que tú hiciste, aparte de las que ya me has comentado? ¿Te volviste muy agresivo a medida que la discusión iba aumentando? ¿Alguien resultó herido como consecuencia de la pelea? ¿Has dicho o hecho algo que visto desde fuera de la situación no querías decir o hacer? ¿Amenazaste con hacer cosas como causar daño a tu pareja, a tus hijos, a ti mismo o a familiares y amigos de tu pareja? ¿Qué visión crees que tiene tu pareja de lo que ha sucedido y como lo interpreta? ¿Qué crees que piensa tu pareja que fue lo peor que sucedió durante la discusión y/o pelea?*
- e) Consecuencias inmediatas, especialmente las referentes a qué reacción tuvieron su pareja y otros testigos de la situación violenta y también la reacción del propio paciente: *¿cómo reaccionó tu pareja ante la discusión/pelea y qué hizo después? ¿Hubo otra persona que escuchó o vio lo que sucedió? Si fue así, ¿cómo reaccionó, qué dijo y/o hizo? ¿Estuvo la policía implicada en el incidente y, si fue así, cómo se comportó? ¿Qué efecto crees tú que tuvo esta forma de comportarse en tu pareja y en su familia y/o amigos? ¿Cómo te sentiste inmediatamente después y cuál fue tu reacción personal ante este incidente?*
- f) Consecuencias a largo plazo de la discusión/pelea, incluyendo el efecto que ha tenido en la pareja, testigos, consecuencias legales y reacciones personales: *¿qué efecto crees tú que ha tenido este incidente en tu pareja, en tu relación, en tus hijos, en tus familiares y en otra gente que sabe lo que ha sucedido? ¿Hubo consecuencias legales? ¿Cuáles fueron esas consecuencias? ¿Cómo te sientes a nivel personal sobre lo que ha sucedido?*

4.3. Valoración de peligrosidad y riesgo

Es muy importante que en una fase temprana del proceso de evaluación, el terapeuta valore el nivel de riesgo y peligrosidad de que el paciente vuelva a hacer uso de este tipo de conductas agresivas hacia la pareja. En este sentido, lo más efectivo para predecir el riesgo de reincidencia, es tener en cuenta los factores de riesgo que los estudios al respecto han asociado frecuentemente a la violencia de género (Monahan, Steadman, Silver, Appelbaum, Robbins, Mulvey et al., 2001). De cualquier manera, para valorar este riesgo hay que evaluar diferentes áreas, por ejemplo si el paciente tiene o no acceso a armas, si hay amenazas directas o indirectas hacia la víctima, trastornos psicológicos recientes, ideación suicida, intentos de suicidio anteriores, etc.

Dos de los instrumentos más utilizados para predecir violencia en general, y que tienen en cuenta esta multidimensionalidad de la violencia, son el *HCR-20* (Douglas y Webster, 1999) y el *Violence Risk Appraisal Guide (VRAG)* (Harris, 1997). Sin embargo, para el contexto específico de la violencia hacia la pareja, existen otros instrumentos que valoran si un maltratador volverá a agredir a su pareja en un futuro cercano:

- *The Danger Assessment Instrument (DAI)*; Campbell, 1986, 1995). Es un instrumento que ayuda a determinar si una mujer maltratada se encuentra en peligro de ser asesinada por su pareja, y en qué nivel. Fue desarrollado a partir de los testimonios de mujeres maltratadas, de trabajadores de centros para mujeres maltratadas, de policías y de expertos clínicos sobre el maltrato. El instrumento consta de dos partes, una primera parte que es un calendario y una segunda formada por 20 ítems. El calendario sirve para evaluar la gravedad y la frecuencia de los malos tratos durante el último año: la mujer tiene que marcar aproximadamente los días en que ha sufrido agresiones físicas y la gravedad de las mismas. Esta parte del calendario se concibió como una manera de aumentar la conciencia de la mujer y reducir la negación y minimización de los abusos. Y la segunda parte son 20 ítems donde hay que contestar “sí” o “no” y se evalúan diferentes factores de riesgo asociados con el homicidio a la pareja: presencia de

amenazas de muerte el pasado, estado laboral actual de la pareja, acceso a armas de fuego por parte de la pareja, etc.

- *The Spousal Assault Risk Assessment Guide (SARA*; Kropp, Hart, Webster y Eaves, 1995). Es una lista de 20 factores de riesgo para violencia de género que rellena el propio terapeuta. Los primeros 10 ítems se refieren a variables sobre la historia criminal del paciente (estilo de vida inestable, consumo de drogas, etc.), mientras que los 10 últimos ítems son más específicos y evalúan factores de riesgo para violencia hacia la pareja (frecuencia y severidad de los últimos episodios violentos, minimización o negación del abuso, actitudes hacia la violencia, uso de armas, quebrantamiento de órdenes de alejamiento, etc.). Esta escala posee buenas propiedades psicométricas y es una herramienta útil a la hora de discriminar entre reincidentes y no reincidentes (Kropp y Hart, 2000).

- *The Partner Assault Prognostic Scale (PAPS*; Murphy, Morrel, Elliott y Neavins, 2003). Desarrollado con el objetivo de predecir el riesgo de reincidencia de actos violentos en hombres que buscan asesoramiento para superar su problema de maltrato hacia la pareja. Evalúa 17 indicadores de riesgo, derivados de instrumentos como la CTS2 (Straus et al., 1996) y el AUDIT (Babor, de la Fuente, Saunders y Grant, 1992; Bohn, Babor y Kranzler, 1995), que miden conductas violentas y problemas con el alcohol respectivamente. El *PAPS* incluye variables como: presencia de heridas (daños físicos) en los últimos 6 meses, presencia de violencia sexual en la relación de pareja, etc. Los resultados iniciales indican que este instrumento predice de manera significativa las agresiones físicas, la violencia severa y la reincidencia criminal (Murphy y Eckhardt, 2005).

4.4. Métodos de auto-informe

Existen numerosas medidas de autoinforme que pueden ayudar a completar el proceso de evaluación con hombres maltratadores. La mayoría de ellas se centran en

valorar aquellos factores de riesgo presentes en el maltratador y que, frecuentemente, se han asociado a la agresión hacia la pareja.

4.4.1. Instrumentos para evaluar la agresión hacia la pareja

Es importante que tanto en la entrevista, como a través de cuestionarios, autorregistros e incluso observación, el terapeuta valore al paciente en una serie de áreas. En primer lugar, se debe evaluar el comportamiento agresivo hacia la pareja (tipo del abuso, frecuencia, intensidad, etc.). Uno de los instrumentos más utilizados en este sentido es la *Escala de Tácticas de Conflicto* y su versión actual revisada (*Conflict Tactics Scale, Revised, CTS2*; Straus et al., 1996). Este cuestionario consta de 78 ítems y muestra unos coeficientes de fiabilidad que van de 0,78 a 0,95 (Birchler y Fals-Stewart, 1994; Mills, Kroner y Forth, 1998; Straus et al., 1996). El objetivo de la CTS2 es evaluar si dentro de la pareja (no es necesario que convivan en el mismo domicilio) se llevan a cabo conductas agresivas y pregunta tanto por lo que el paciente ha hecho a la pareja, como por lo que considera que la pareja le ha hecho a él (durante el último año de convivencia). Está basado en la teoría del conflicto (Adams, 1965) que considera el conflicto como una táctica de relación e interacción humana, siendo la violencia, en este sentido, una táctica errónea de resolución de conflictos. El cuestionario consta de las siguientes 10 subescalas:

- Negociación emocional: se refiere a todas aquellas estrategias, basadas en la comunicación y en la expresión de sentimientos, que se lleven a cabo para resolver diferencias o desencuentros entre la pareja. Dos de los ítems que forman parte de esta escala son: *mostré a mi pareja que me importaba a pesar de nuestro desacuerdo; le dije a mi pareja que estaba seguro/a de que podíamos encontrar una solución a un problema.*
- Negociación cognitiva: hace referencia a estrategias cognitivas no violentas utilizadas para solucionar conflictos en pareja. Por ejemplo: *sugerí un compromiso como solución a un desacuerdo; ante un desacuerdo acordé con mi pareja intentar una solución sugerida por ella.*

- Agresión psicológica menor: se refiere a todo tipo de violencia psicológica hacia la pareja de tipo leve-moderado, por ejemplo: *insulté o maldije a mi pareja; grité o chillé a mi pareja; me marché dando un portazo del cuarto o de casa durante una discusión; hice algo para hacer rabiar o fastidiar a mi pareja.*
- Agresión psicológica severa: hace referencia a violencia de tipo psicológica más grave: *destruí algo que pertenecía a mi pareja; amenacé con pegar o tirarle algo a mi pareja.*
- Agresión física menor: se refiere a actos de violencia física como *retorcí el brazo o tiré del pelo a mi pareja; empujé a mi pareja, agarré a mi pareja, abofeteé a mi pareja.*
- Agresión física severa: actos de violencia física más graves: *empleé un cuchillo o un arma contra mi pareja; pegué a mi pareja con algo que podía hacerle daño (puñetazo, objeto); arrojé a mi pareja contra la pared; le di una paliza a mi pareja; le di una patada a mi pareja.*
- Coerción sexual menor: hace referencia a todas aquellas conductas dirigidas a insistir (sin violencia física) en mantener relaciones sexuales, a pesar de que a la pareja no le apetezca, por ejemplo: *insistí en tener relaciones sexuales cuando mi pareja no quería (pero no empleé la fuerza física); insistí para que mi pareja tuviera sexo oral o anal conmigo (pero no emplee la fuerza física).*
- Coerción sexual severa: situaciones de tipo sexual, donde se ha empleado violencia física o verbal para obligar a la pareja a mantener dichas relaciones: *empleé la fuerza (pegar, sujetar, usar un arma) para obligar a mi pareja a tener relaciones sexuales conmigo; amenacé a mi pareja para obligarla a tener sexo oral o anal conmigo.*
- Daño menor: en las dos subescalas de daño se valoran las consecuencias de tipo físico, por ejemplo, heridas, contusiones, hematomas, fracturas, etc., que han sido producidas como consecuencia de episodios violentos entre la pareja: *mi pareja ha sufrido un esguince, cardenal o corte a consecuencia de una pelea conmigo; mi pareja sintió dolor físico que duró más de un día después de una pelea conmigo.*

- Daño severo: hace referencia a consecuencias físicas de mayor gravedad: *mi pareja tuvo que acudir al médico por una pelea conmigo; mi pareja sufrió la fractura de un hueso a consecuencia de una pelea conmigo.*

Cada una de estas subescalas tiene la doble vertiente de lo que el paciente le hace a la pareja (perpetración) y de lo que cree que su pareja le ha hecho a él (victimización). Los ítems para las escalas de victimización son los mismos en contenido, pero en este caso el sujeto de las acciones es la pareja y el receptor es la persona que está contestando el cuestionario.

Otra escala importante para valorar tácticas desadaptativas en la relación de pareja es la *Escala de Tácticas de Dominancia y Tácticas Celosas (Dominating and Jealous Tactics Scale; Kasian y Painter, 1992)*. Es una escala de 22 ítems, de los cuales 11 se han extraído del Inventario del Maltrato Psicológico de Mujeres (Psychological Maltreatment of Women Inventory) de Tolman (1989, 1999). El objetivo de esta escala es valorar las diferentes formas de agresión emocional en las relaciones íntimas. Las alternativas de respuesta son cinco, desde “nunca” a “muy a menudo” (de 1 a 5 puntos), según la frecuencia con la que se usan las tácticas de dominancia y celosas. Las preguntas son bidireccionales, una relativa a la conducta de la persona que responde y la otra referida a la pareja, permitiendo así obtener dos medidas, por un lado, la persona que emite la agresión (perpetrador/agresor) y, por el otro, la persona que recibe la agresión (víctima). La escala tiene dos subescalas: *tácticas dominantes*, que consta de 7 ítems que evalúan comportamiento controlador o coercitivo en las relaciones de pareja, y *tácticas celosas*, que consta de 4 ítems que hacen referencia al comportamiento celoso en las relaciones de pareja. Respecto a la fiabilidad del instrumento, la consistencia interna a través del coeficiente de alpha de Cronbach, es de 0,72 para la escala dominante y de 0,76 para la escala de tácticas celosas (Cano, Avery-Leaf, Cascardi y O’Leary, 1998).

El *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer* (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998) es un cuestionario de 13 ítems cuyo objetivo es detectar los pensamientos irracionales del agresor respecto a los roles sexuales y la inferioridad de la mujer. Estos pensamientos son clave para entender la violencia doméstica, ya que en

muchos casos propician la aparición de conductas violentas. El paciente tiene que señalar qué ideas expresadas en el inventario corresponden a su forma habitual de pensar (por ejemplo, *las mujeres son inferiores a los hombres; el marido es el responsable de la familia, por lo que la mujer le debe obedecer; una mujer no debe llevar la contraria a su marido, etc.*). La puntuación total puede oscilar de 0 a 13 puntos, interpretándolo de manera que cuanto mayor es la puntuación, mayor es el número de distorsiones cognitivas relacionadas con la mujer. Este instrumento ha mostrado ser sensible al cambio terapéutico en diversos estudios previos (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2006).

4.4.2. Instrumentos para evaluar procesos terapéuticos

Una variable importante en lo referente a los procesos terapéuticos es la motivación al cambio, es decir, si el paciente considera que tiene un problema y en qué grado está motivado para cambiarlo. Esta información respecto a en qué momento o estadio del cambio terapéutico se encuentra el paciente, es crucial en la terapia con maltratadores, ya que se van a conseguir cambios terapéuticos siempre que paciente y terapeuta se centran en el mismo estadio, si no, la discrepancia puede hacer que la resistencia del paciente sea cada vez mayor y el proceso se paralice.

La *Escala de la Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island – URICA* (McConaughy, DiClemente, Prochaska y Velicer, 1989) evalúa el grado de intención, disposición o actitud del paciente en relación al cambio de las conductas problema, en este caso la violencia doméstica. La escala procede del campo de las adicciones y ha sido adaptada para evaluar la motivación al cambio en maltratadores. Consta de 32 ítems y evalúa 4 de los 5 estadios de cambio propuestos por Prochaska y DiClemente: *precontemplación, contemplación, acción y mantenimiento*. El estadio de *precontemplación* hace referencia a aquellos maltratadores que consideran que no tienen ningún problema y por tanto no necesitan cambiar su conducta (*Que yo sepa, no tengo problemas que cambiar* -entendiendo siempre que aparezca “problemas” agresión a la pareja). El estadio de *contemplación* hace referencia a aquellos que asumen que tienen un problema y tienen pensado abandonar ese tipo de comportamientos problemáticos en

los 6 meses siguientes (*Puede que valga la pena el que trabaje para solucionar mi problema*). En el estadio de *acción* se produce la modificación de la conducta problemática (*Por fin estoy haciendo algo para resolver mi problema*). Y en el de *mantenimiento* se han mantenido los cambios durante más de 6 meses (*Me preocupa la posibilidad de que dé un paso atrás con un problema que ya he cambiado, por eso estoy aquí en búsqueda de ayuda*).

Para pasar de un estadio de cambio a otro, dicho de otra manera, para que los pacientes empiecen a estar motivados a cambiar su conducta, es necesario que pongan en práctica una serie de estrategias o procesos de cambio, definidos por aquellas actividades que un paciente inicia para modificar su conducta, afecto, pensamientos o relaciones. El *Inventario de Procesos de Cambio* (DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez y Rossi, 1991) consta de 40 ítems y mide los 10 procesos de cambio del modelo transteórico de Prochaska y DiClemente (las puntuaciones en cada proceso oscilan entre 0 y 12). Este inventario ha sido adaptado a la población de maltratadores, cambiando las expresiones referentes a sustancias de abuso por expresiones referentes a la violencia hacia la pareja. El inventario se ha desarrollado conforme a las directrices teóricas que se desprenden del trabajo de Prochaska y DiClemente y consta de una escala likert de cuatro puntos que mide la frecuencia con la que se utilizan las distintas estrategias cognitivo-conductuales descritas en cada uno de los ítems. El objetivo del instrumento es identificar qué procesos de cambio ha desarrollado un determinado paciente. De esta forma, el terapeuta puede conocer qué estrategias ya está poniendo en práctica el paciente y reforzarlas, además de guiarle y entrenarle en el establecimiento de otras nuevas que le hagan avanzar a otro estadio de cambio, hasta llegar al estadio de acción o mantenimiento, que siempre será el objetivo final de la terapia. En la Tabla 4.1 aparecen definidos cada uno de estos 10 procesos de cambio.

Tabla 4.1. Procesos de cambio del Modelo Transteórico de Prochaska y DiClemente.

PROCESOS DE CAMBIO	Definición
Aumento de concienciación	<p>Es un proceso cognitivo en el que el individuo dedica tiempo a reflexionar y buscar información relacionada con su problema y los beneficios de abandonarlo.</p> <p>✓ <i>Me viene a la cabeza el recuerdo de artículos de periódico o programas de televisión o radio que hablan sobre temas relacionados con la agresión / violencia hacia la pareja.</i></p>
Autoliberación	<p>Consiste en elegir y comprometerse a cambiar la conducta problema, siendo consciente de que uno mismo es un elemento crucial para poder cambiar, ya que o bien se poseen las habilidades necesarias para cambiar, o bien pueden aprenderse.</p> <p>✓ <i>Voy comprometiéndome a dominar el impulso de agredir a mi pareja.</i></p>
Liberación social	<p>Aumento de la capacidad de la persona para decidir y escoger, ya que ha tomado conciencia de la representación social de la conducta problema y de la voluntad social de combatirla mediante el aumento de alternativas adaptativas disponibles.</p> <p>✓ <i>Me molesta ser rechazado por los demás por el hecho de haber agredido alguna vez a mi pareja.</i></p>
Autorrevaluación	<p>Valorar, afectiva y emocionalmente, el impacto que tiene el problema sobre él y cómo mejoraría su vida si abandonara dichas conductas de maltrato.</p> <p>✓ <i>Me siento a disgusto cuando pienso en mi incapacidad para dominar mi problema de agresión con mi pareja.</i></p>
Reevaluación ambiental	<p>Evaluar el impacto que sus conductas de maltrato tienen en sus relaciones interpersonales y en las personas más allegadas, y cómo todo ello mejoraría si abandonara la conducta problema.</p> <p>✓ <i>Pienso que mi vida familiar, afectiva o amorosa sería mejor si dominase mi problema.</i></p>
Contracondicionamiento	<p>Modificar la respuesta elicitada por estímulos condicionados a la conducta problema u otras situaciones de riesgo, desarrollando conductas alternativas.</p> <p>✓ <i>Para evitar agredir a mi pareja realizo alguna actividad física para que me ayude a superarlo.</i></p>
Control de estímulos	<p>Evitar las situaciones u otros estímulos de alto riesgo para la aparición de la conducta problema.</p> <p>✓ <i>Procuro no dejarme llevar por situaciones que acabarán en una agresión hacia mi pareja.</i></p>

PROCESOS DE CAMBIO	Definición
Manejo de contingencias	Reforzarse uno mismo, o ser reforzado por otros, conductas adaptativas contrarias a la conducta problema. ✓ <i>Existen personas en mi vida diaria que se preocupan de que me sienta bien cuando no hago uso de la agresión en mi relación de pareja.</i>
Relieve dramático	Experimentar y expresar reacciones emocionales provocadas por los aspectos y las consecuencias negativas asociadas a la conducta problema. ✓ <i>Ver a otras personas que han sido agredidas por su pareja (verbal o físicamente), me hace sentir mal.</i>
Relaciones de ayuda	Existencia y utilización del apoyo social (familiares, amigos, etc.) que pueden facilitar el cambio. ✓ <i>Suelo abrirme o sincerarme con alguna persona para explicarle los problemas que tengo con mi pareja.</i>

4.4.3. Instrumentos para evaluar consumo

Dos de los cuestionarios que más se han utilizado para analizar problemas de consumo de alcohol en esta población son, por un lado, el *Test de Identificación de Trastornos de Uso del Alcohol* (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993) y, por otro lado, el *Cuestionario CAGE* (Ewing, 1984). El AUDIT es una escala de 10 ítems que mide consumo, dependencia y consecuencias del consumo de alcohol y tiene una consistencia interna de 0,80. Los ítems evalúan la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, dificultad para controlar la bebida, abandono de aficiones y síntomas de abstinencia, reacciones adversas como problemas en el funcionamiento derivados del consumo de alcohol y problemas relacionados con el consumo de alcohol. Mientras que el CAGE consta de 4 ítems con respuestas de verdadero o falso. Los 3 primeros exploran los aspectos subjetivos de la persona en relación con el consumo de alcohol, mientras que el último valora aspectos relacionados con la dependencia alcohólica. Este cuestionario ha demostrado una alta fiabilidad test-retest, desde 0,80 hasta 0,95.

Para valorar el consumo de otras sustancias, además del alcohol, existe una entrevista, el *Índice Europeo de Gravedad de la Adicción (EuropASI)* (Kokkevi y Hartgers, 1995; McLellan, Kushner, Metzger, Peters, Smith, Grissom et al., 1992; adaptación española de Bobes, González, Sáiz y Bousoño, 1996) que recoge información sobre el posible consumo de múltiples sustancias de una manera relativamente breve. La recogida de información se realiza a través de una entrevista semiestructurada y se trata de un instrumento muy relevante para la clínica, pues permite detectar posibles problemas de consumo, analizando múltiples sustancias, la frecuencia de uso, etc. La entrevista consta de 7 áreas independientes entre sí y que integran múltiples aspectos, entre los que se encuentran: la situación médica, la situación laboral, el nivel educativo (medido en años de escolarización), la fuente principal de los ingresos económicos, el consumo de alcohol y otras drogas (cocaína, heroína, cannabis, anfetaminas, etc.), donde se anota la edad de comienzo de la adicción, el patrón de consumo a lo largo de la vida, la vía de administración y evaluación global del paciente, entre otros datos. El EuropASI también recoge información sobre problemas legales, las relaciones familiares y sociales del sujeto evaluado, su estado psicológico y/o psiquiátrico y su gravedad en estos ítems. En relación a las características psicométricas del instrumento, los datos muestran índices de fiabilidad y validez elevados (Ravndal, Vaglum y Lauritzen, 2005; Roa, 1995; Sandi y Ávila, 1990).

4.4.4. Instrumentos para evaluar características de personalidad

En relación a las características de personalidad que más frecuentemente se han asociado con la agresión hacia la pareja, uno de los instrumentos más utilizados es la *Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad* (Oldham, Clarkin, Appelbaum, Carr, Kernberg, Lotterman y Haas, 1985). Esta escala consta de 30 ítems que se distribuyen en tres subescalas: alteraciones en la identidad personal o *difusión de la identidad*, *prueba de realidad* y utilización de *defensas primarias* o primitivas. Podemos definir la escala de *difusión de la identidad* como un sentimiento subjetivo de incoherencia y una ausencia de la capacidad normal de autodefinición, reflejada en una ruptura emocional en momentos de intimidad, elección de profesión, competencia y

necesidad incrementada de una autodefinición psicosocial. A causa de la difusión de la identidad, todas aquellas personas con trastorno de la personalidad borderline presentan distorsiones graves en las relaciones interpersonales, en especial en las relaciones íntimas, falta de compromiso con el trabajo o con la profesión, incertidumbre y falta de metas en muchas otras áreas de su vida, incluyendo su vida sexual. Algunos ítems que forman esta subescala son, por ejemplo, *me veo de formas totalmente diferentes en distintos momentos; tengo miedo de perder el control cuando mantengo relaciones sexuales; me siento vacío/a por dentro.*

La subescala de *prueba de realidad* se refiere a la capacidad del individuo para percibir adecuadamente la realidad. En el caso del trastorno límite de la personalidad, es bastante frecuente que el paciente alterne una percepción clara de la realidad con una percepción distorsionada y confusa. Alguno de los ítems que se utilizan en el cuestionario para valorar este aspecto son, por ejemplo, *oigo cosas que los demás dicen que no están ahí; he tenido relaciones en las que no podía sentir si yo o la otra persona estaba pensando o sintiendo algo; creo que las cosas ocurrirán simplemente por pensar en ellas.*

Por último, la subescala de *defensas primitivas* se refiere a aquellos mecanismos defensivos que el individuo de manera inconsciente pone en marcha para minimizar las consecuencias de situaciones excesivamente intensas, consiguiendo así el individuo continuar con una cierta estabilidad mental. Utilizando este tipo de mecanismos defensivos, el individuo, por temor a ser atacado, consigue alejarse de situaciones o personas que les implican emocionalmente. Algunos de los ítems de esta subescala son: *me resulta difícil fiarme de las personas porque a menudo se vuelven contra mi o me traicionan; la gente tiende a responderme o bien agobiándome con amor, o bien abandonándome; la causa de mis dificultades son los acontecimientos incontrolables.*

Cada una de estas 3 subescalas tiene un coeficiente alpha de Cronbach de 0,85 (*prueba de realidad*), 0,87 (*defensas primarias*) y 0,80 (*difusión de la identidad*). Asimismo, la *Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad* ha mostrado una alta correlación con la frecuencia y severidad de actos violentos en

maltratadores (Dutton, 1994) y con violencia psicológica informada por sus mujeres (Dutton y Starzomski, 1993).

Otro instrumento también utilizado frecuentemente para evaluar trastornos de personalidad en maltratadores, es la *Evaluación Autoinformada de los Trastornos de Personalidad según el DSM-IV R* (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Smith Benjamin, 1999). Es un cuestionario de 119 ítems utilizado para el diagnóstico de los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV. En concreto, en población maltratadora, tienen especialmente interés las escalas referentes al trastorno antisocial y al trastorno límite, por ser los dos trastornos de personalidad más frecuentemente asociados a la violencia hacia la pareja. Los autores indican que la fiabilidad test-retest para el trastorno antisocial es de 0,84 y de 0,37 para el límite. Con este cuestionario aumenta la fiabilidad diagnóstica a través de la estandarización del proceso de evaluación y, además, aumenta la validez diagnóstica mediante la facilitación de la aplicación de los criterios diagnósticos del DSM-IV, ya que preguntamos al paciente sistemáticamente por los síntomas que caracterizan cada uno de los trastornos, síntomas que de otra forma podrían pasar desapercibidos.

También referente a variables de personalidad, cabe resaltar la *escala de Psicopatía Autoinformada de Levenson* (Levenson, Kiehl y Fitzpatrick, 1995). Este instrumento está formado por 26 ítems y tiene dos subescalas: *psicopatía primaria* y *psicopatía secundaria*. La escala de psicopatía primaria hace referencia a gente extremadamente egoísta y manipulativa, que utilizan a los demás de una manera cruel e insensible (algunos ítems son: *el éxito se basa en la supervivencia del más fuerte: no me preocupan los perdedores; mi principal objetivo en la vida es conseguir todas las cosas buenas que pueda; mi prioridad número uno es cuidar de mí mismo/a*). Mientras que la escala de psicopatía secundaria se refiere a conductas antisociales, impulsivas y desviadas (*a menudo me aburro; rápidamente pierdo el interés en las tareas que empiezo; cuando me frustró, a menudo me desahogo enfadándome mucho*). Los autores encontraron que la escala primaria tenía una consistencia interna de 0,82 y la secundaria en torno a 0,63. Igualmente en otro estudio se encontraron valores similares: la escala primaria demostraba buena consistencia interna (alfa de Cronbach=0,84), y la secundaria valores más bajos (alfa de Cronbach=0,68) (Lynam, Whiteside y Jones,

1999). La validez de constructo también quedó demostrada en una muestra de delincuentes (Brinkley, Schmitt, Smith y Newman, 2001).

4.4.5. Instrumentos para evaluar conductas y emociones relacionadas con la violencia general

Respecto a conductas agresivas en general, no solo en el ámbito de las relaciones de pareja, uno de los cuestionarios más utilizados en la evaluación de maltratadores es el *Cuestionario de Agresión* (AQ; Buss y Perry, 1992, adaptación española de Andreu, Peña y Graña, 2002). Este cuestionario consta de 29 ítems y constituye una de las técnicas de auto-informe más avalada para la medición específica de dos tipos de agresión: la física (con ítems como: *de vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona; me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal*) y la verbal (*cuando la gente me molesta, discuto con ellos; mis amigos dicen que discuto mucho*). Y también mide dos emociones relacionadas con la agresividad de los sujetos: la ira (*cuando estoy frustrado, suelo mostrar mi irritación; algunas veces me siento como un barril de pólvora a punto de estallar*) y la hostilidad (*en ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente; parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades*). La consistencia interna para las 4 subescalas y la puntuación total, va de 0,72 para la escala de agresión verbal hasta 0,89 para la puntuación total. En cuanto a la fiabilidad test-retest, las correlaciones van de 0,72 para la subescala de ira hasta 0,80 para la de agresión física (Buss y Perry, 1992). En la adaptación española la escala de agresión física presentó un coeficiente alpha de 0,86, la escala de ira presentó uno de 0,77, la de agresión verbal obtuvo 0,68 y la de hostilidad 0,72 (Andreu, Peña y Graña, 2002).

Otro inventario que también mide una de las emociones más implicadas en la violencia es el *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo* (STAXI-2; Spielberger, 1988, adaptación española de Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2001). Consta de 49 ítems y permite obtener una medida del *Rasgo de Ira* a través de dos subescalas, *Temperamento de ira* (disposición a experimentar ira sin provocación externa) y *Reacción de Ira* (frecuencia con la que se experimentan sentimientos de ira

en situaciones que implican frustración o evaluación negativa). También aporta una medida del *Estado de Ira*, compuesto por 3 subescalas, *Sentimiento* (indicando si se siente irritado, furioso, etc. en el momento actual), *Expresión física* (necesidad que siente de expresar ese malestar a nivel conductual, por ejemplo rompiendo algo, pegando a alguien, etc.) y *Expresión verbal* (necesidad que siente de expresar ese malestar a nivel verbal, por ejemplo diciendo tacos, gritando a alguien, etc.).

También podemos obtener un *Índice de Expresión de Ira*, a través de cuatro subescalas: *Expresión Externa de la Ira*, mide la frecuencia con la que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas; *Expresión Interna de la Ira*, evalúa la frecuencia con que los sentimientos de ira son experimentados pero no expresados; *Control Externo de la Ira*, mide la frecuencia con la que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira; *Control Interno de la Ira*, frecuencia con que se intentan controlar los sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación de las situaciones. En cuanto a las propiedades psicométricas del instrumento, diferentes estudios han mostrado una alta correlación test-retest, con un intervalo de 2 meses, tanto en el *Rasgo de ira* ($\alpha = 0,71$) como en las escalas de *Expresión* ($\alpha = 0,59$ y $0,61$). Igualmente, los resultados encontrados en todas las escalas y subescalas del STAXI-2 indican una buena consistencia interna, con valores que oscilan entre 0,82, en el *Rasgo de ira*, y 0,69 y 0,67 en la *Expresión de ira* (Miguel-Tobal et al., 2001).

4.4.6. Instrumentos para evaluar impulsividad

Existen diferentes instrumentos que frecuentemente han sido utilizados para medir impulsividad en maltratadores. Por un lado, la *Escala de Impulsividad de Barratt* (Barratt, 1995), es una escala compuesta de 30 ítems que miden *impulsividad cognitiva* (incapacidad para concentrarse, no pensar o reflexionar mucho acerca de las cosas que van sucediendo, velocidad de pensamientos), *impulsividad motora* (decir o hacer algo sin pensarlo, incapacidad para mantenerse quieto) y, por último, *impulsividad no planeada* (incapacidad para planear las cosas con antelación, incapacidad para demorar

las gratificaciones). La consistencia interna de esta escala es elevada, entre 0,89 y 0,92 (Barratt, 1995).

Otro de los instrumentos más ampliamente utilizados es la *Escala de impulsividad de Plutchik* (Plutchik y Van Praag, 1989). Esta escala consta de 15 ítems que se refieren a la tendencia del paciente a hacer cosas sin pensar o de forma impulsiva. Todos ellos se relacionan con una posible falta de control sobre determinadas conductas. Consta de 4 subescalas: *capacidad para planificar*, *control de los estados emocionales*, *control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales* y *control de otras conductas*. Rubio, Montero, Jáuregui, Martínez, Álvarez y Marín (1998) llevaron a cabo la validación al castellano, que demostró tener una fiabilidad de 0,74.

4.4.7. Instrumentos para evaluar la calidad de la relación de pareja

Con el objetivo también de valorar la relación de pareja, pero en otro sentido, no tanto el nivel y la frecuencia de las interacciones violentas, sino la calidad y el ajuste de la relación, tenemos la *Escala de Ajuste Diádico* (DAS; Spanier, 1976). Esta escala ha sido la más utilizada para valorar el ajuste de las relaciones, en matrimonios u otro tipo de parejas, consta de 32 ítems que ofrecen una puntuación global en ajuste diádico y en cuatro subescalas: *Consenso* (evalúa con qué frecuencia la pareja está de acuerdo en temas como las finanzas familiares, religión, amistades), *Satisfacción* (si han considerado la posibilidad de divorciarse, si discuten con frecuencia, si confía en su pareja), *Cohesión* (evalúa si la pareja comparte aficiones, si se ríen juntos) y *Expresión de afectos* (la frecuencia con que mantienen relaciones sexuales, si se hacen demostraciones de afecto). Estas 4 subescalas pueden emplearse de forma aislada sin perder fiabilidad ni validez (Spanier, 1976, 1988; Spanier y Thompson, 1982). Los estudios psicométricos realizados informan, generalmente, de una adecuada fiabilidad con una consistencia interna con valores que oscilan entre 0,50 y 0,96, tanto para la escala global como para las distintas subescalas (Busby, Christensen, Crane y Larson, 1995; Carey, Spector, Lantinga y Krauss, 1993; Graham, Liu y Jeziorski, 2006; Kurdek, 1992; Spanier, 1976; Spanier y Thompson, 1982). Por otro lado, los resultados de

fiabilidad test-retest y dos mitades muestran valores superiores a 0,75 y 0,79, respectivamente (Busby et al., 1995; Carey et al., 1993). Por su parte, los estudios de validez ofrecen correlaciones elevadas con otras medidas de ajuste y satisfacción marital (Busby et al., 1995; Fisiloglu y Demir, 2000; Lim y Ivey, 2000; Spanier, 1976; Youngblut, Brooten y Menzies, 2006), un adecuado poder de discriminación entre parejas con buen y mal ajuste (Crane, Busby y Larson, 1991; Schumm, Paff-Bergen, Hatch y Obiorah, 1986; Sharpley y Rogers, 1984; Spanier, 1976, 1988; Spanier y Thompson, 1982) y sensibilidad al cambio terapéutico (Boning y Henss, 1983).

A modo de resumen, la siguiente tabla muestra, por áreas a evaluar, aquellos instrumentos que más ampliamente han sido utilizados en programas de intervención psicológica con maltratadores.

Tabla 4.2. Instrumentos de evaluación para maltratadores (Tomada de Ruiz, Negro, Ruiz, García-Moreno, Herrero, Yela y Pérez, 2010).

INSTRUMENTOS QUE MIDEN MALTRATO	Instrumento		Estudio
	CTS2	Escala de tácticas para la resolución de conflictos	Straus et al., 1996
	MMEA	Multidimensional Measure of Emotional Abuse	Murphy, Hoover y Taft, 1999
	SCIRS	Sexual Coercion in Intimate Relationships Scale	Shackelford y Goetz, 2004
	PDIS	Partner Directed Insults Scale	Goetz, Shackelford, Schipper y Stewart-Williams, 2006
	ASI	Inventario sobre Sexismo Ambivalente	Expósito, Moya y Glick, 1998
	PDMyV	Inventario de Pensamientos distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia	Echeburúa y Fernández Montalvo, 1997
	ARS	Escala de Atribución de Responsabilidad	Lila, Herrero y Gracia, 2008
	MS	Escala de Minimización	Lila, Herrero y Gracia, 2008
	DAS	Dyadic Adjustment Scale	Spanier, 1976
	QMI	Quality Marriage Index	Norton, 1983
	MAT	Marital Adjustment Test	Locke y Wallace, 1959
	TENSE	Test of Negative Social Exchange	Karoly y Ruelhman, 1995
SSDS	Spouse-Specific Dependency Scale	Valor-Segura, Expósito y Moya, 2009	

	Instrumento	Estudio	
INSTRUMENTOS QUE MIDEN MALTRATO	ICDS	Inventario sobre distorsiones cognitivas en las relaciones	Hamamcı y Büyüköztürk, 2004
	SARA	Guía de valoración del riesgo de violencia contra la pareja	Andrés-Pueyo y Lopez, 2005
INSTRUMENTOS QUE MIDEN CONSUMO	AUDIT	Cuestionario de alcoholismo AUDIT	Saunders et al., 1993
	DAST	Drug Abuse Screening Test	Skinner, 1982
	MINI	Mini entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (Dependencia o abuso de alcohol u otras sustancias)	Ferrando, Franco, Soto, Bobes, Soto, Franco et al., 1998
INSTRUMENTOS QUE MIDEN VARIABLES PSICOLÓGICAS ESPECÍFICAS	STAXI	Inventario de manifestación de ira estado-rasgo	Spielberger, 1988
	TAS	Trait Anger Scale (Subescala STAXI)	Spielberger, 1988
	BDI-II	Inventario para la depresión de Beck-II	Sanz, Navarro y Vázquez, 2003
	STAI	Inventario de ansiedad estado-rasgo	Spielberg, Gorsuch y Lushnene, 1970
	I7	Cuestionario de Impulsividad I7	Luengo, Carrillo De la Peña y Otero, 1991
	BIS-10	Escala de impulsividad de Barratt	Luengo, Carrillo De la Peña y Otero, 1991
	AQ	Cuestionario de Agresión	Andreu et al., 2002
INSTRUMENTOS QUE MIDEN PSICOPATOLOGÍA GENERAL	SCL-90	Listado de síntomas psicopatológicos	González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez, 2002
	IPDE	Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad	López-Ibor, Pérez-Urdániz y Rubio, 1996
	SCID-I	Entrevista clínica estructurada para los trastornos de Eje I del DSM-IV	First et al., 1999
INSTRUMENTOS QUE MIDEN CAMBIO TERAPÉUTICO	URICA-DV	Inventario de estadios de cambio para violencia doméstica	Levesque, Gelles y Velicer, 2000
	IPCM	Inventario de procesos de cambio	Levesque, Driskell y Prochaska, 2001
INSTRUMENTOS QUE MIDEN VARIABLES DE CONTROL	EDS	Escala de deseabilidad social de Marlowe y Crowne	Ferrando y Chico, 2000
	EDS-SF	Escala de deseabilidad social de Marlowe y Crowne- SF	Reynolds, 1982

4.5. Autorregistros

Otra forma de recabar información, de manera complementaria a la entrevista y a las medidas de auto-informe, son los autorregistros. A través de autorregistros, podemos determinar la frecuencia e intensidad de conductas específicas que nos

interesen evaluar, sin tener que preguntar por acontecimientos o situaciones del pasado, cuyo recuerdo por parte del paciente puede estar distorsionado por el efecto del tiempo. Como en cualquier otro tipo de problemática, los autorregistros también sirven para que el paciente tome mayor conciencia del problema que presenta, en este caso comportamientos agresivos hacia su pareja. De hecho, en pacientes con problemas de agresividad hacia la pareja, ira, hostilidad, etc. utilizar autorregistros nos permite que el paciente vea de manera más clara la relación funcional entre variables implicadas en el maltrato, así como las variables asociadas a esos episodios de violencia (Eckhardt y Dye, 2000).

Por último, los autorregistros nos sirven para establecer una línea base que comparar con autorregistros posteriores y comprobar la evolución del paciente tras el entrenamiento en determinadas habilidades, estrategias de auto-control, etc.

A continuación se muestran dos ejemplos de autorregistro (véase Figuras 4.1 y 4.2). El primero de ellos es una autorregistro para valorar ira, mientras que en segundo serviría para evaluar las respuestas de afrontamiento del paciente.

Figura 4.1. Autorregistro para evaluar ira.

Fecha/hora	Situación	Pensamientos	Sensaciones corporales	Nivel de ira	Otras emociones	Conductas
	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Dónde estabas? - ¿Qué ocurrió? 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué te vino a la mente? - ¿Qué te molestó o te hizo enfadarte de la situación? 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué sensaciones corporales tuviste? (ej., palpitaciones, presión en el pecho, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Puntúa tu nivel de ira de 0 a 100, siendo 0 totalmente calmado y 100 lo más encolerizado que hayas estado nunca 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué otros sentimientos tuviste? - ¿Tapó la ira otras emociones más “suaves” como miedo? 	<ul style="list-style-type: none"> - ¿Qué hiciste cuando la situación empezó? - ¿Qué hiciste cuando te enfadaste aún más?

Tomado de Murphy y Eckhardt (2005).

Figura 4.2. Autorregistro para evaluar respuestas de afrontamiento.

Fecha/ hora	Situación - ¿Podrías haber evitado que ocurriera esta situación? - Si es así ¿cómo?	Pensamientos alternativos - ¿Qué podrías haber pensado en esta situación para calmarte? - ¿De qué formas diferentes podemos ver esta situación?	Enfrentarse a otras emociones - ¿Cómo podrías haber manejado otros sentimientos (como miedo, celos, etc.) para que no incrementasen tu ira?	Otras emociones - ¿Qué otras formas hay de manejar esta situación? - ¿Cuál sería una buena forma de manejar esta situación?	Consecuencias - ¿Cuál podrían ser los efectos de manejar esta situación de esta nueva manera?

Tomado de Murphy y Eckhardt (2005).

Capítulo 5

Aproximaciones teóricas de intervención

5.1. Revisión de las aproximaciones de tratamiento existentes

Existen diferentes modelos de intervención terapéutica con maltratadores en función de cuál sea la aproximación teórica desde la que se parta. Los programas de tratamiento variarán en función de si partimos de una aproximación feminista, de una basada en el aprendizaje social y el modelo cognitivo-conductual, de una aproximación más psicodinámica basada en experiencias traumáticas o de una sistémica.

5.1.1. Aproximación sociocultural-feminista

Este modelo teórico basa sus principios en que la violencia de género es una pauta de controles coercitivos, del hombre hacia la mujer, que incluyen abuso psicológico, económico y sexual. En este sentido, hablaríamos de violencia de género ante cualquier acto que fuerza a la víctima a hacer algo que no quiere hacer o cualquier comportamiento por parte del hombre que le genere miedo. Los dos conceptos fundamentales de esta aproximación son el poder y el control, en el sentido de que los hombres ejercen el control de acciones, pensamientos y sentimientos de sus parejas o ex parejas, pudiendo así controlar la relación. De manera más concreta, los puntos fundamentales en los que se basa este modelo son:

- ✓ El maltrato doméstico es un proceso sistemático de opresión de género.
- ✓ Los hombres maltratan a sus parejas para fortalecer su dominancia o como respuesta a acciones de sus parejas, que ellos consideran que es un menoscabo hacia sus derechos o a los roles establecidos para el hombre y la mujer.
- ✓ Los sistemas sociales importantes apoyan el maltrato de muchas formas, en concreto tratándolo como un asunto privado que no merece una intervención pública.
- ✓ El maltrato es una conducta masculina normal, y por lo tanto no es signo de problemas psicológicos ni resultado de dinámicas de relación disfuncionales.

Quizás la afirmación más impactante de la perspectiva feminista es que el maltrato doméstico es un problema social e histórico, no un mero problema biológico o psicológico. “Los hombres que agreden a sus mujeres de hecho están cumpliendo con las prescripciones de la sociedad occidental –agresividad, dominancia y subordinación de la mujer- y utilizan la fuerza física para hacer valer esa dominancia” (Dobash y Dobash, 1979). Los intentos para encontrar los orígenes de la violencia doméstica en trastornos psicológicos, rasgos de personalidad, experiencias traumáticas infantiles, abuso de sustancias o disfunción cerebral, son inexistentes partiendo de este modelo.

En la Figura 5.1 se muestra la *rueda del poder y control* desarrollada desde esta corriente feminista. Esta rueda fue el resultado de numerosas entrevistas llevadas a cabo con mujeres víctimas de malos tratos que asistían a grupos de apoyo. Con sus respuestas se elaboró dicha rueda, que muestra el modo y los procesos a través de los cuales el hombre ejerce control, y en última instancia violencia, en las relaciones de pareja.

Figura 5.1. Rueda del poder y el control (Domestic Abuse Intervention Project, 202 East Superior Street, Duluth, Minnesota 55802 218-722-2781).



Dos de los programas más importantes derivados de este modelo son el trabajo de David Adams y el colectivo EMERGE de Boston (Adams y McCormick, 1982) y el programa llamado *Modelo Duluth* (Pence y Paymar, 1993). A nivel terapéutico estos programas se basan en “educar” a los hombres maltratadores de manera que dejen de abusar a nivel físico, psicológico, sexual y económico de sus parejas. La intervención se desarrolla en grupo y lo que se intenta es concienciar al hombre para que deje de oprimir a su mujer. Es por tanto fundamental trabajar las actitudes y pensamientos sexistas que están bloqueando que el hombre pueda mantener una relación igualitaria con su pareja, sin necesidad de controlarla. Por tanto, el objetivo fundamental de esta aproximación es reeducar al hombre para que cambie sus actitudes, sobre todo las

creencias que apoyan la dominancia y el privilegio del hombre, la justificación del uso de tácticas de poder y control, tales como violencia e intimidación y conseguir que asuman su responsabilidad en lo sucedido. Además, algunas aproximaciones feministas combinan esta reeducación con técnicas de terapia cognitivo-conductual como entrenamiento en relajación, desarrollo de habilidades para manejar la ira, reestructuración de creencias disfuncionales sobre roles de género, derechos y deberes de las mujeres, etc.

Este tipo de modelos feministas ha generado mucha investigación, ya que fueron los primeros programas con los que se empezó a intervenir en este ámbito. Sin embargo, la evidencia empírica al respecto no es del todo concluyente. Existen estudios que revelan que el maltrato a la mujer prevalece más en sociedades donde la mujer no tiene derecho a la propiedad y tiene un estatus muy bajo con respecto al hombre (Levinson, 1987) y otros que muestran que las mujeres maltratadas refieren que en sus episodios violentos existía un control abusivo y numerosas barreras sociales que impedían que el problema pudiera solucionarse (Dobash y Dobash, 1979; Walker, 1984). Pero la realidad es que hay poco apoyo empírico que sustente la suposición feminista de que el poder es la causa principal del maltrato doméstico (Malik y Lindahl, 1998), en parte porque la relación de poder toma muchas formas y es difícil de definir y medir. Además, según estos modelos, el poder y control sólo es ejercido por hombres, ya que las mujeres no tienen necesidad de usar estas estrategias. Sin embargo, diferentes estudios han encontrado que ambos miembros de la pareja usan por igual tácticas de control y dominancia (Coleman y Straus, 1986; Follingstand, Wright, Lloyd y Sebastian, 1991).

Algunos estudios han asociado maltrato doméstico y desequilibrio entre hombre y mujer en variables como ingresos, educación y estatus social (Hornung, McCullough y Sugimoto, 1981; Hotaling y Sugarman, 1986; Smith, 1988). Sin embargo, aunque se podría esperar que el riesgo de violencia fuera más elevado en parejas donde la mujer tiene ingresos, educación o estatus más alto que el marido, la realidad es que también en las relaciones donde es el marido quien está por encima en estatus económico y social, y por tanto no se siente amenazado en este sentido por su mujer, también se dan episodios de violencia de género (Claes y Rosenthal, 1990), de lo que podemos deducir que el

poder y el control nos son variables determinantes a la hora de explicar la violencia en las relaciones de pareja.

Con estos resultados contradictorios, algunos de los retos que se les plantea a este tipo de aproximaciones son los siguientes:

1. El maltrato doméstico es bastante prevalente en relaciones de gays y lesbianas, hecho difícil de explicar si el maltrato es únicamente una forma de opresión de género (Burke y Folligstad, 1999). Turrell (2000) encontró que del 55 al 58% de las mujeres que mantenían una relación con otras mujeres y el 44% de los hombres que mantenían una relación con personas del mismo sexo, informaron de en sus relaciones presentes o pasadas se habían dado episodios de violencia física. Utilizando la CTS, Gardner (1988) encontró que el 48% de las parejas lesbianas y el 38% de los gays informaron de la ocurrencia de agresiones físicas en el último año de convivencia. Parece por tanto, que en este tipo de relaciones de pareja la violencia también es un fenómeno frecuente, al mismo nivel que en parejas heterosexuales.
2. Según los últimos datos, las mujeres son equiparables a los hombres en la perpetración de actos agresivos físicos y verbales hacia sus parejas (Archer, 2000), si bien las consecuencias a nivel de lesiones, miedo o daño emocional son menores que las que se producen cuando el agresor es el hombre (Cantos et al., 1994; Cascardi y O'Leary, 1992; Stets y Straus, 1990). La agresión de la mujer hacia el hombre es algo difícil de explicar desde la perspectiva feminista donde el maltrato es únicamente un expresión de poder y control masculino.
3. La literatura científica más reciente muestra que las creencias sexistas acerca de los privilegios del hombre sobre la mujer, los roles y derechos de la mujer, etc., son creencias que aparecen tanto en hombres en tratamiento por violencia de género como en hombres no violentos (Eckhardt y Dye, 2000; Sugarman y Frankel, 1996). Por tanto, siguiendo

la *rueda de poder y el control* en la que basan todos estos actos coercitivos, la presencia de estas ideas negativas acerca de la inferioridad de la mujer, no está asociado en todos los casos con la aparición de actos violentos dentro de la pareja.

Por tanto, y aunque el modelo feminista cuenta con principios muy intuitivos sobre cuáles son las causas del maltrato doméstico, quedarían muchas cuestiones por resolver, cuestiones que ponen en entredicho las bases fundamentales de este tipo de aproximaciones.

Respecto a las técnicas clínicas y educativas utilizadas en programas como el *Duluth Model* (Pence y Paymar, 1993) también deben ser revisadas. Por ejemplo, en este tipo de programas el terapeuta utiliza la confrontación persistente, lo que en fases tempranas del tratamiento puede ser contraproducente, ya que impide el establecimiento de la alianza entre terapeuta y paciente, fundamental para que el proceso terapéutico sea eficaz (Murphy y Baxter, 1997). De hecho, estudios recientes indican que la alianza terapéutica es un predictor importante de los resultados de las intervenciones en grupo para hombres maltratadores (Brown y O'Leary, 2000; Taft, Murphy, King, Musser y DeDeyn, 2003).

Asimismo, este tipo de aproximaciones sólo dan importancia a aquellas creencias que están íntimamente ligadas a sesgos sexistas y de rol de género, pero se ha comprobado que existen otras variables cognitivas que pueden tener incluso más peso en las conductas violentas, por ejemplo creencias acerca de los beneficios o utilidad de usar la violencia o atribuciones acerca de las intenciones hostiles que tiene la pareja hacia él.

Otras variables que las teorías feministas no suelen tener en cuenta son, por ejemplo, la existencia de lesiones cerebrales, presencia de trastorno bipolar, abuso de alcohol, cocaína y otras drogas, etc. Según este modelo, estos factores son irrelevantes a la hora de diseñar protocolos de intervención con estos hombres, pero las investigaciones nos muestran lo contrario (Cohen, Rosenbaum, Kane, Warnken y Benjamin, 1999; Leonard, 2002; Rosenbaum, Hoge, Adelman y Warnken 1994). Para

este modelo es imposible, por ejemplo, que emociones como la ira o la hostilidad puedan llegar a desembocar en una agresión, ya que según ellos, la agresión a la pareja siempre tiene un carácter instrumental (dominar y controlar a su mujer). Sin embargo, los estudios indican que los maltratadores presentan mayores niveles tanto de ira como de hostilidad, comparados con hombres no violentos.

Se puede concluir, por tanto, que este tipo de aproximaciones reduce el problema de la violencia de género a una serie de variables que, por sí solas, no pueden explicar la complejidad de este fenómeno.

5.1.2. Aproximaciones del aprendizaje social y modelo cognitivo-conductual

Mientras la perspectiva feminista busca las causas del maltrato doméstico en la sociedad en general, la perspectiva del aprendizaje social se centra en la interacción del individuo con su contexto social e interpersonal.

Los principios fundamentales de este modelo son:

1. Las conductas agresivas son adquiridas y mantenidas a través de condicionamiento clásico, operante y aprendizaje vicario, como cualquier otro repertorio de conductas.
2. El maltratador tiene un procesamiento de información distorsionado, que le lleva a interpretaciones negativas de las conductas del otro, en este caso de la pareja, e interpretaciones positivas de los resultados (beneficios) de la agresión.
3. El repertorio de habilidades sociales de los maltratadores es deficiente, por ejemplo, en comunicación y solución de problemas, lo que les lleva a suplir ese déficit y manejar ciertas situaciones conflictivas dentro de la pareja con violencia.
4. Los maltratadores no disfrutan siendo agresivos, al contrario, la violencia de género tiene consecuencias muy negativas a corto y largo plazo para todos los miembros de la familia, incluido él mismo.

5. Los maltratadores deben aceptar la responsabilidad de su conducta abusiva.

Existe mucha evidencia empírica que apoya los principios básicos de este tipo de modelos, en concreto el hecho de que los comportamientos agresivos hacia la pareja se aprenden como cualquier otro tipo de repertorio de conducta. Por ejemplo, se ha comprobado que existe entre los maltratadores una alta prevalencia tanto de haber sido testigos en la niñez de malos tratos, como de haber sufrido ellos mismos maltrato por parte de un hombre (Delsol y Margolin, 2004). Esto hace que desarrollen cierta tolerancia al uso de la violencia dentro de la familia y supone un contexto de aprendizaje que aumenta la probabilidad de que en sus relaciones futuras hagan uso de la violencia.

En el ámbito de lo cognitivo, los hombres maltratadores tienen más pensamientos negativos y menos pensamientos autorreguladores que los hombres no violentos, cuando se encuentran inmersos en un conflicto de pareja (Eckhardt, Barbour y Davison, 1998), realizando también más atribuciones hostiles y negativas acerca de las causas de la conducta de la pareja (Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993). Y, por otro lado, en el ámbito de lo social, también numerosos estudios concluyen que los maltratadores tienen un déficit en sus habilidades sociales, por ejemplo a la hora de solucionar problemas y a la hora de comunicarse de manera asertiva y no hostil (Cordova et al., 1993; Holtzworth-Munroe y Anglin, 1991; Margolin et al., 1988).

Por tanto, aunque las aproximaciones feministas y las del aprendizaje social hacen hincapié en los procesos de socialización, para explicar el uso posterior de violencia hacia la pareja, los modelos basados en el aprendizaje social ven estos factores como causas distales de la violencia, siendo las distorsiones cognitivas, los déficits en habilidades sociales y las variables contextuales, los factores más próximos y los que realmente son objeto de sus intervenciones terapéuticas.

Este tipo de modelos, basados en el aprendizaje social y en variables cognitivo-conductuales, también han recibido críticas, de las que algunas de las más importantes son:

- Los teóricos feministas argumentan que el modelo de aprendizaje social no es suficientemente sensible a las cuestiones relacionadas con el género y no puede explicar la necesidad que estos hombres tienen de controlar a sus parejas. Es decir, que desde este modelo se aborda la violencia de género con las mismas técnicas terapéuticas que se abordan otro tipo de problemas psicológicos, obviando la singularidad del problema de la violencia doméstica y la necesidad de una intervención específica centrada en la desigualdad existente entre hombres y mujeres.
- Los que abogan por una perspectiva más psicopatológica y/o psicodinámica, critican que el aprendizaje social proporciona un análisis superficial de los problemas de personalidad de los maltratadores, especialmente de sus dificultades generales en la regulación emocional, inseguridad y problemas de apego (Dutton, 1998).
- Desde la aproximación sistémica argumentan que para intervenir sobre la violencia de género, lo más importante es atender a los procesos diádicos que se producen en esa relación de pareja, y no tanto centrarse en el aprendizaje de este tipo de conductas violentas (Neidig y Friedman, 1984). Por tanto, desde los modelos sistémicos se da importancia no sólo a las características del agresor, sino a las características de ambos miembros de la pareja y a cómo interactúan.

La intervención desde esta aproximación del aprendizaje social se basa en técnicas como la reestructuración cognitiva, el control de las emociones y el entrenamiento en habilidades sociales y de comunicación. A nivel cognitivo el objetivo es trabajar las creencias que ayudan a promover y mantener el comportamiento de maltrato, por ejemplo atribuciones negativas acerca de las conductas de la pareja y la sobrevaloración de la agresión como medio para solucionar problemas interpersonales. Mientras que el trabajo a nivel de emociones se centra en la reducción de la activación de la ira, a través de procedimientos de relajación y reestructuración cognitiva de pensamientos que la incrementan. Por último, el entrenamiento en habilidades sociales se centra fundamentalmente en la escucha activa, la asertividad, la empatía con la víctima, etc.

5.1.3. Aproximaciones psicopatológicas y de experiencias traumáticas

Según estas aproximaciones de corte psicodinámico, la causa fundamental de la violencia de género es un problema individual del agresor, ya que es una persona enferma a nivel psicológico. Los comportamientos agresivos hacia sus parejas serían el resultado de una disfunción de la personalidad subyacente, que generalmente tiene su causa en un trauma no resuelto, inseguridades de apego, etc. Estos hombres pueden tener toda una serie de problemas psicológicos como personalidad inmadura, trastornos de la personalidad antisocial y narcisista, trastorno bipolar y trastornos del estado de ánimo. Y, además, al considerarles como enfermos, no son responsables de sus actos.

Si bien es cierto que numerosos estudios han encontrado puntuaciones elevadas en diferentes trastornos de personalidad en estos hombres, no está tan claro que se pueda hablar de diagnóstico del trastorno propiamente dicho (Gondolf, 1999; Hamberger y Hastings, 1991; Murphy et al., 1993). Al contrario, la mayoría de los maltratadores analizados en los estudios no tienen un diagnóstico clínico, y otro dato importante es que el porcentaje de maltratadores que tienen una patología psicológica grave es reducido.

Desde estos modelos el haber sido víctima o testigo de malos tratos durante la infancia, también es un factor importante para explicar el posterior uso de la violencia, aunque la explicación subyacente es muy diferente a la que dan las teorías basadas en el aprendizaje social. Lo que para los modelos del aprendizaje social son repertorios de conducta que se aprenden en la niñez, para las aproximaciones psicopatológicas estas experiencias traumáticas alteran las relaciones de apego, produciendo una desregulación emocional que lleva a estos hombres a tener cambios muy repentinos en su estado de ánimo, del tipo “Jekyll y Hyde” (Dutton, 1998). En este sentido, existe numerosa evidencia empírica que va en esta misma línea, es decir, los maltratadores presentan un apego más inseguro y desorganizado comparados con hombres no violentos (Babcock, Jacobson y Gottman, 2000; Holtzworth-Munroe, Stuart y Hutchinson, 1997), encontrándose también que estos hombres tienen una baja autoestima, más sintomatología depresiva y una alta dependencia interpersonal (Maiuro et al., 1988; Murphy, Meyer y O’Leary, 1994).

A pesar de estos datos, el principal problema de este tipo de modelos es que la mayoría de los maltratadores probablemente no tienen un trastorno psicológico diagnosticable ni diagnosticado (Gondolf, 1999). Por ejemplo, en un estudio de Hart y colaboradores (1993) encontraron que solo del 15 al 30% de la muestra analizada, reunían criterios diagnósticos para los trastornos de personalidad antisocial o límite, aunque el porcentaje de los maltratadores que tenían rasgos límites y antisociales sí era mayor. Por tanto, basándonos en estos modelos, solo podrían explicarse un porcentaje no muy elevado de casos, ya que pocos cumplen criterios diagnósticos para trastornos mentales graves. Además, el otro pilar en el que se basan estas teorías, el trauma previo, tampoco aparece en todos los casos. Muchos maltratadores no han tenido una experiencia traumática en su infancia.

5.1.4. Aproximaciones sistémicas

Para las intervenciones psicológicas basadas en el modelo sistémico, es fundamental trabajar el problema de la violencia con ambos miembros de la pareja, utilizando principios y técnicas similares a los que se suelen utilizar en terapia de pareja en general, pero incluyendo también contenidos y objetivos referentes a la violencia de género en particular (Neidig y Friedman, 1984). Para estos modelos hay dos principios fundamentales, por un lado, el hecho de que el maltrato es el resultado de interacciones diádicas coercitivas (por ejemplo la escalada en insultos, gritos, etc. de ambos miembros de la pareja en una discusión). Y por otro lado, resaltan que ambos miembros de la pareja son responsables del mantenimiento de ese tipo de interacciones agresivas. En este sentido, para este modelo el maltrato físico y psicológico es una forma extrema de conflicto diádico, donde es necesario utilizar procedimientos clínicos especiales, pero no cualitativamente diferentes de los usados para otro tipo de conflictos menos destructivos que también se dan en la pareja.

A favor de estos modelos sistémicos y sus principios básicos, los datos muestran niveles de agresividad similares tanto en hombres como en mujeres, incluso en población comunitaria (Archer, 2000), si bien las consecuencias negativas de la agresión, en concreto lesiones, coerción y miedo, aparecen más frecuentemente en la

mujer como víctima (Cantos et al., 1994; Cascardi y O'Leary, 1992; Stets y Straus, 1990). Los datos apuntan a que si un miembro de la pareja es frecuentemente agresivo, el otro miembro también tiende a serlo. En este sentido, existen estudios comunitarios donde las mujeres informaron que ellas eran tan propensas como sus parejas a iniciar una agresión física en situaciones de conflicto con la pareja (Stets y Straus, 1990).

El apoyo más extenso para las teorías sistémicas deriva de estudios en los que se pide a las parejas que discutan, en el marco clínico, de un problema que sea importante para ellos como pareja, siendo estas interacciones grabadas y posteriormente analizadas. Pues bien, estos estudios han revelado que en parejas donde el hombre maltrata a la mujer, ambos miembros hacen uso de una comunicación más crítica, aversiva, defensiva y hostil, comparados con parejas insatisfechas con su relación pero no violentas (Burman et al., 1993; Cordova et al., 1993; Jacobson et al., 1994; Margolin et al., 1988; Murphy y O'Farrell, 1997).

El mayor problema de estos datos es que se interpreten de manera inadecuada, en el sentido de que las víctimas en realidad no tienen tanto miedo, e incluso que no son “tan víctimas”, ya que ellas también agreden. Muy al contrario, los estudios muestran que aproximadamente la mitad (52%) de las mujeres que habían sufrido violencia de género, reunían criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno por estrés postraumático (TEPT) (Taft, Murphy, King, DeDeyn y Musser, 2005), o si no cumplían criterios para el diagnóstico sí mostraban sintomatología del TEPT (Astin, Ogland-Hand, Coleman y Foy, 1995; Kemp, Rawlings y Green, 1991). La conclusión que debemos extraer desde este modelo, no es que las mujeres sean más o menos víctimas porque también agreden, simplemente que los datos nos indican que ellas están también inmersas en una forma de interacción desadaptativa, y en ese sentido se tendría que trabajar a nivel clínico con ambos miembros de la pareja.

Respecto a las técnicas utilizadas desde este modelo, muchas de ellas son similares a las de los programas cognitivo-conductuales, por ejemplo, el entrenamiento en tiempo fuera, estrategias de escucha empática, estrategias de expresión emocional, compromiso y negociación con la pareja y reestructuración de pensamientos “activadores” de la ira (Heyman y Neidig, 1997; O'Leary et al., 1999). Sin embargo,

tanto la aplicación como el objetivo fundamental son diferentes desde ambas aproximaciones, ya que desde la sistémica el cambio debe producirse en ambos miembros de la pareja y la práctica de las habilidades entrenadas debe llevarse a cabo en el contexto de la pareja. El objetivo primordial es, por tanto, dotar a ambos de estrategias de interacción adaptativas.

La principal crítica que ha recibido el moldeo sistémico hace referencia al peligro de que podamos llegar a culpabilizar a la víctima (Bograd, 1984). A pesar de que la violencia se da en el contexto de la relación de pareja, y de que ambos miembros puedan hacer uso de ella, quizá es difícil determinar si es el hombre o la mujer quien tiene mayor nivel de responsabilidad o, si por el contrario, están al mismo nivel. Además del hecho de que en muchas ocasiones es sólo el hombre el que ejerce este tipo de comportamientos agresivos. Por otro lado, los más críticos han afirmado que este modelo puede incluso elevar el riesgo de las víctimas para sufrir futuros episodios violentos, ya que con este tipo de terapia estaríamos animando a la víctima a que solucione sus problemas con el agresor, en vez de abandonar la relación.

A nivel más práctico, existen ciertas dificultades que habría que tener en cuenta a la hora de trabajar la violencia doméstica con ambos miembros de la pareja:

- En muchas ocasiones el maltratador ya no continúa su relación de pareja con la víctima, por lo que sería imposible incluirla en el proceso terapéutico.
- En algunas ocasiones los maltratadores que acuden a terapia por orden judicial tienen una orden de alejamiento de la víctima, por lo que tampoco se la podría incluir en la terapia.
- La justicia normalmente identifica a un agresor y a una víctima, por lo que es muy complicado recomendar tratamiento para que ambas partes solucionen un problema que, desde la justicia, es del agresor.

A pesar de estas cuestiones prácticas, según estos modelos la intervención con ambos miembros de la pareja será más efectiva que la dirigida hacia uno solo, ya que al trabajar con los dos, ambos tendrán recursos y habilidades para interactuar de forma

distinta frente a los problemas que se plantean en la relación de pareja, cambiando esas interacciones problemáticas por otras más adaptativas.

Además, una de las grandes críticas a este tipo de modelo, el hecho de que la mujer pueda sentirse culpable y responsable por las agresiones de su pareja, no ha podido comprobarse empíricamente. Al contrario, los resultados indican que en terapia conjunta con ambos miembros, el hombre mejora a la hora de responsabilizarse por sus propias agresiones (O'Leary et al., 1999).

Capítulo 6

Revisión de programas de tratamiento psicológico para maltratadores

6.1. Programas pioneros en la intervención con maltratadores

A pesar de que en España la violencia de género sea considerada como un grave problema social desde relativamente hace poco tiempo, en otros países occidentales llevan años desarrollando e implementando programas de intervención dirigidos tanto a agresores como a víctimas.

Healey y Smith (1998) analizan algunos de los programas que más se han venido utilizando en Estados Unidos, haciendo una revisión de 3 de los programas de intervención pioneros en el campo de la violencia doméstica: el *Duluth Model*, el *AMEND Model* y el *EMERGE Model*. De los tres, el que sin duda es el más importante, en el sentido de que ha sido el más utilizado, es el *Duluth Model*, basado en aproximaciones feministas y según el cual el maltrato es un patrón de acciones del hombre para controlar intencionalmente o dominar a su pareja, siendo las condiciones sociales las que favorecen y apoyan a los hombres para poner en práctica estas tácticas de poder y control sobre sus mujeres. Este programa fue desarrollado a principios de 1980, por el Domestic Abuse Intervention Project de Duluth, Minnesota. Para explicar como los hombres ejercen este control sobre sus mujeres, desarrollaron la llamada *Rueda del Poder y el Control*, a la que llegaron a través de entrevistas con mujeres víctimas de violencia de género que asistían a grupos de apoyo. La rueda muestra cómo la violencia física es el resultado del intento de control por parte del hombre a través de una serie de procesos como el aislamiento, la utilización de los hijos, el uso de ciertos privilegios por parte del hombre, el abuso económico y las amenazas (véase Figura 5.1). De acuerdo con el modelo de Duluth, el agresor mantiene el control sobre su pareja a través de constantes actos de coacción, intimidación, aislamiento y actos de violencia periódica.

El objetivo de este programa de intervención es que los hombres maltratadores sean capaces de pensar de manera crítica en torno a ocho temas: 1) la no violencia, 2) no hacer uso de comportamientos amenazantes, 3) el respeto, 4) el apoyo y la confianza, 5) la honestidad y la responsabilidad, 6) el respeto sexual, 7) asociación y cohesión y 8) la negociación e igualdad. Dependiendo de la duración total del programa, suelen utilizar dos o tres sesiones dedicadas a cada tema. La primera sesión de cada tema se inicia con

un video que muestra el comportamiento de control que hace referencia a cada uno de los componentes de la *rueda del poder y el control*. A partir de ahí, el debate girará en torno a las acciones de este tipo que los maltratadores llevaron a cabo en su relación de pareja, los beneficios que intentaban conseguir utilizando estas estrategias violentas, las ventajas que suponía para él, las creencias que tenían y que apoyaban que continuaran usando estas estrategias, los sentimientos que realmente subyacían a estas acciones y cómo minimizaban, negaban o intentaban culpar a la víctima de todo lo que estaba ocurriendo, etc. Al final de cada sesión, y como tarea para casa, se les pide que identifiquen este tipo de comportamientos analizados durante la sesión en alguna situación que ellos mismos hayan vivido. A partir de ahí, en las siguientes sesiones se trabajará las alternativas a estos comportamientos coercitivos hacia formas más adaptivas de interacción, que permitan conseguir una relación más igualitaria.

Otro de los programas pioneros en el tratamiento psicológico de maltratadores, es el *AMEND Model (Abusive Men Exploring New Directions)* que surge en Denver en 1977, bajo los principios de la asunción de la responsabilidad, es decir, el hombre es responsable de cómo se siente, de cómo actúa y de las consecuencias de sus propios comportamientos. Desde este programa siguen entendiendo el problema de la violencia de género desde la necesidad del hombre de ejercer control y poder sobre la mujer, pero también consideran importantes aportaciones de otros modelos teóricos, como puede ser el apoyo psicológico individual y el trabajo con la pareja. El objetivo fundamental del programa es que el maltratador se responsabilice de su comportamiento, que se de cuenta del contexto social que está favoreciendo los comportamientos maltratadores y que construya y desarrolle habilidades alternativas. Las técnicas que se utilizan desde este modelo son, además de las basadas en la *rueda de poder y control*, técnicas cognitivo-conductuales y del manejo de la ira. Una de las características más importantes de este programa son los procesos que se dan en el contexto terapéutico grupal, no como contexto donde expresar sentimientos y sentirse identificado con el resto, sino más bien porque en este programa los terapeutas son como una “guía moral” que asumen una posición muy directiva, siendo los encargados de tener una posición muy firme contra la violencia y de confrontar a los hombres haciéndoles ver que su comportamiento es inaceptable, además de ilegal.

Para el *programa AMEND* existen 4 etapas o fases en el proceso terapéutico con maltratadores, si bien las dos últimas en muchos casos no son puestas en práctica:

- Fase I: son de 12 a 18 semanas de terapia grupal donde se intenta romper la negación del maltratador. A través de la educación y la confrontación el agresor comienza a aceptar cierta responsabilidad por sus actos violentos.
- Fase II: después de la primera etapa, y suponiendo que el paciente haya participado activamente en la reflexión sobre sus patrones de abuso y haya practicado técnicas de manejo de la ira, sus distorsiones cognitivas empiezan a disminuir y su negación se rompe. Todavía intentará minimizar o culpar a la víctima, pero cuando expresa esto en grupo se produce una confrontación en la que terminará admitiendo que él se comportaba así porque así conseguía lo que quería de su pareja.

Es importante en este momento comprobar que este cambio de actitud es real, es decir, comprobar que no están mintiendo al grupo o que, por ejemplo, sí han dejado de ejercer violencia física pero siguen amenazando verbalmente a sus parejas, etc. Para ello, en este programa es muy importante que los terapeutas tengan contacto con la víctima y sean ellas quienes informen de qué tipo de comportamientos y actitudes está llevando a cabo en la actualidad su pareja.

A partir de aquí, los pacientes empezarán a manifestar una serie de emociones respecto a ellos mismos, sus comportamientos, etc. y el grupo se vuelve más de apoyo, entrenándoles también en habilidades del control de la ira, relajación y resolución de conflictos.

- Fase III: se le anima a desarrollar un plan de responsabilidad, que incluye una red de apoyo que le ayude a seguir practicando las habilidades de comunicación aprendidas y evitar la violencia en el futuro.
- Fase IV: algunos hombres van más allá de los grupos de autoayuda y llegan a involucrarse en el servicio comunitario y la acción política para poner fin a la violencia doméstica. Aquellos que llegan a este punto de acción social, estarían inmersos en esta última fase, a la que no todos tienen que llegar.

Por último, el tercer programa que señalamos como uno de los pioneros en este ámbito, es el *EMERGE Model (Counseling and Education to Stop Domestic Violence)* que surge en Massachussets en el año 1977. Su formato está estructurado en 48 semanas, 8 de orientación individual y 40 de trabajo grupal. Las primeras sesiones individuales tienen como objetivo que el maltratador admita que ha ejercido algún tipo de violencia doméstica. Cuando se consigue esto, está preparado para pasar a la fase grupal, basada en técnicas cognitivo-conductuales, además de tener como objetivo que asuman la responsabilidad de sus propios comportamientos. Cuando un nuevo miembro entra en el grupo se produce un periodo que denominan “check-in” donde la persona nueva tiene que describir el incidente que le ha llevado al programa, centrándose en su comportamiento y no en el de su pareja, evitando así que culpabilice a su mujer por lo que él hizo. El terapeuta debe realizar preguntas muy concretas sobre qué hizo, por ejemplo, ¿la pegaste un puñetazo? ¿la agarraste?, etc. y el objetivo es que el maltratador asuma delante del grupo que ha sido agresivo con su pareja. Después de que todos los nuevos miembros se hayan presentado y hayan llevado a cabo este check-in, el resto expondrán sus propias situaciones de conflicto vividas durante la semana. De esa manera el terapeuta recaba información de formas de abuso más sutiles, de consumo o, en el extremo contrario, de estrategias y aspectos positivos puestos en práctica durante el periodo intersesiones, siempre todo ello haciendo hincapié en su propio comportamiento y no en el de sus parejas. A partir de ahí, durante la sesión se establece un debate donde se van analizando más detalladamente los incidentes ocurridos durante la semana, van contando cómo se han sentido, qué han pensado, cuáles han sido sus conductas, etc. mientras el grupo retroalimenta con sus comentarios indicando cómo creen que lo han manejado, qué alternativas proponen ellos, etc., practicando mediante role-playing las alternativas que se consideren más apropiadas.

Otro aspecto importante de este programa es que, además de tener como objetivo fundamental el abandono de la violencia, para ellos es importante también mejorar en general la relación entre víctima y agresor. De tal manera que enseñan al agresor a ponerse en el lugar de su mujer, centrándose en los sentimientos de sus mujeres, en cómo creen que ellas se sienten, etc., proponiendo entre todos los miembros del grupo, estrategias más adecuadas para que la relación sea de mayor calidad y más adaptativa.

A partir de estos programas pioneros, se vienen realizando numerosas intervenciones en muchos países, con el objetivo de que estas personas que han maltratado no vuelvan a reincidir. Y este tipo de programas se han llevado a cabo tanto dentro de las propias prisiones, como en centros donde se trabaja con maltratadores que no han llegado a entrar en prisión, pero que sí son remitidos por un juez a terapia psicológica como parte de una condena por violencia de género. En España, el desarrollo e implantación de este tipo de programas es muy reciente, si bien ya contamos con diferentes ejemplos de intervenciones dirigidas a este tipo de población.

6.2. Programas de intervención españoles para maltratadores dentro de prisión

La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (Boletín Oficial del Estado, 2004), establece en su art. 42, en relación con la Administración penitenciaria que: «1. La Administración penitenciaria realizará programas específicos para internos condenados por delitos relacionados con la violencia de género. 2. Las Juntas de Tratamiento valorarán, en las progresiones de grado, concesión de permisos y concesión de la libertad condicional, el seguimiento y aprovechamiento de dichos programas específicos por parte de los internos a que se refiere el apartado anterior». En cuanto a la suspensión, el art. 83 del Código Penal, tras la reforma introducida por la Ley Orgánica 1/2004, establece en el último párrafo del núm. 1 que «Si se tratase de delitos relacionados con la violencia de género, el Juez o Tribunal condicionará en todo caso la suspensión al cumplimiento de las obligaciones o deberes previstos en las reglas 1ª, 2ª y 5ª de este apartado»¹. Dicha disposición debe ser completada con lo señalado en el núm. 2 del precepto que afirma «Los servicios correspondientes de la Administración competente informarán al Juez o Tribunal sentenciador, al menos cada tres meses, sobre la observancia de las reglas de conducta impuestas». En la sustitución de las penas privativas de libertad, también introduce una nueva mención a dichos tratamiento la ya citada Ley Orgánica 1/2004. Matiza el último párrafo del núm. 1 del art. 88 que: «En el caso de que el reo hubiera sido condenado por un delito relacionado con la violencia de género, la pena de prisión sólo podrá ser

sustituida por la de trabajos en beneficio de la comunidad. En estos supuestos, el Juez o Tribunal impondrá adicionalmente, además de la sujeción a programas específicos de reeducación y tratamiento psicológico, la observancia de las obligaciones o deberes previstos en las reglas 1ª y 2ª del apartado 1 del artículo 83 de este Código».

Por tanto, a partir de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, los programas de tratamiento para maltratadores se convierten en un elemento fundamental que contempla la ley, tanto para personas privadas de libertad e internadas en un centro penitenciario, como en el caso de sustitución y suspensión de las penas privativas de libertad. En este sentido, la elaboración de programas terapéuticos para maltratadores es un elemento clave para luchar contra la violencia de género, además de una obligación.

Ya en 2001, antes de la citada ley, viendo el incremento de muertes y denuncias relacionadas con violencia de género, se empezaron a desarrollar en diferentes prisiones españolas un primer programa de intervención grupal con maltratadores. Se aplicó en 8 prisiones a 52 hombres condenados por violencia de género. Los grupos estaban compuestos por 8-10 internos, y la duración aproximada del programa era en torno a 6 meses, con una sesión semanal hasta un total de 22 sesiones (Ruiz et al., 2010).

De los resultados obtenidos y de las propias experiencias de los terapeutas que llevaron a cabo el programa, surge en el año 2004 un nuevo proyecto de intervención, que mantiene el formato grupal (entre 8 y 12 componentes) y duplica la duración del anterior, pasando de 22 a 44 sesiones (un año), con una duración de dos horas y media cada una de ellas. Se refuerzan los aspectos más emocionales de la intervención y se adaptan los contenidos a la situación de privación de libertad, manteniendo el enfoque cognitivo-conductual (Ruiz et al., 2010).

Este nuevo programa se desarrolla, en una primera fase, en 18 Centros Penitenciarios españoles con una muestra total de 162 internos condenados por delitos de violencia hacia la pareja. Como resultado se llegó a un programa que constaba de los siguientes módulos:

- ✓ Presentación del grupo y objetivos de tratamiento.
- ✓ Asunción de la responsabilidad y mecanismos de defensa.
- ✓ Identificación y expresión de las emociones.
- ✓ Empatía con la víctima.
- ✓ Distorsiones cognitivas y creencias irracionales.
- ✓ Control de las emociones (ansiedad, celos, ira y resentimiento).
- ✓ Habilidades de relación y comunicación.
- ✓ Resolución de problemas.
- ✓ Educación sexual.
- ✓ Autoestima y estilo de vida positivo.
- ✓ Prevención de recaídas.

A partir de este programa, se desarrolló el que actualmente vienen aplicando en Instituciones Penitenciarias, basado en el anterior pero haciendo más hincapié en cuestiones como la perspectiva de género, las características concretas del agresor, trabajando la agresión sexual de manera específica, los hijos como víctimas de la violencia, trabajando en mayor medida la motivación al tratamiento y la prevención de recaídas, etc.

El resultado es un programa de tratamiento que se divide en dos bloques:

- Parte I:
 - ✓ Unidad 1: Presentación y motivación al cambio.
 - ✓ Unidad 2: Identificación y expresión de emociones.
 - ✓ Unidad 3: Distorsiones cognitivas y creencias irracionales.
 - ✓ Unidad 4: Asunción de la responsabilidad y mecanismos de defensa.
 - ✓ Unidad 5: Empatía con la víctima.

- Parte II:
 - ✓ Unidad 6: Violencia física y control de la ira.
 - ✓ Unidad 7: Agresión y coerción sexual en la pareja.
 - ✓ Unidad 8: Violencia psicológica:
 - Sección I: Coacción, amenazas, intimidación y abuso.

- Sección II: Aislamiento.
- Sección III: Abuso económico.
- ✓ Unidad 9: Abuso e instrumentalización de los hijos.
- ✓ Unidad 10: Género y violencia de género.
- ✓ Unidad 11: Prevención de recaídas.

6.3. Programas de intervención españoles para maltratadores fuera de prisión

Desde Instituciones Penitenciarias han revisado aquellos programas que se llevan a cabo en España con maltratadores en situación de suspensión de condena, programas que se desarrollan en colaboración con la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias (Ruiz et. al., 2010):

- a) *Programa Galicia de Reeducción para Maltratadores de Género* (Arce y Fariña, 2007). Se desarrolla en la Universidad de Santiago de Compostela y tiene como objetivo general modificar los conceptos y esquemas machistas de los agresores, así como dotarlos de habilidades para el control del comportamiento violento. Para ello el programa consta de, al menos, 52 sesiones, la mitad de ellas individuales (ampliables si es necesario para cumplir los objetivos del programa) y la otra mitad grupales. Gracias a la parte de intervención individual hacen un seguimiento de los pacientes, valorando su progreso, además de permitir adaptar el programa a sus necesidades concretas. Los objetivos concretos del programa son: aceptación de la responsabilidad de las conductas violentas, logro de un buen ajuste psicológico, modificación de las creencias irracionales sobre el género y el uso de la violencia contra las mujeres, educación en igualdad de género, adquisición de patrones conductuales no violentos y, en último lugar, el mantenimiento del autocontrol tras el programa. Los módulos de los que consta son:

- ✓ Módulo 1. Aceptar la responsabilidad de las conductas violentas.

- ✓ Módulo 2. Logro de un adecuado ajuste psicológico.
- ✓ Módulo 3. Modificación de creencias irracionales en torno al género y al empleo de la violencia.
- ✓ Módulo 4. Fomento del respeto a la mujer: derechos de las mujeres vs. obligaciones de los hombres.
- ✓ Módulo 5. Internalización de conductas adaptativas.
- ✓ Módulo 6. Mantenimiento y generalización.

b) *Programa Terapéutico para Agresores en el Ámbito Familiar* (Echauri, Rodríguez y Martínez, 2007). Se desarrolla en colaboración con el Instituto Navarro de Psicología Jurídica. Este programa tiene una adaptación para tratamiento ambulatorio (sujetos que se encuentran en libertad) y una adaptación para dentro de prisión. El programa, según la necesidad individual, puede adoptar el formato de programa completo (casos más graves), programa medio (sujetos más motivados al cambio) y programa breve (casos menos graves). Consta de sesiones individuales y grupales y está orientado a conseguir cambios en tres áreas fundamentales: el área cognitiva, reestructurando pensamientos distorsionados sobre la mujer y el uso de la violencia en las relaciones de pareja; el área conductual, con el aprendizaje de estrategias para el control de los impulsos, entre otras el entrenamiento en relajación; y el área de las emociones, centradas en el reconocimiento de las emociones y sentimientos propios y del otro y la correcta expresión y comunicación de los mismos.

El programa de intervención individual consta de sesiones de una hora, con una periodicidad quincenal. La duración mínima es de 15 sesiones, pudiéndose ampliar en función de las características de cada paciente. Por otro lado, las sesiones grupales son también 15 sesiones de una hora y media de duración y se trabajan los mismos aspectos que en las sesiones individuales, aunque adaptadas al formato grupal. El número de sujetos de cada grupo oscila entre 6 y 8.

Al final del proceso terapéutico, se hace hincapié en todo lo aprendido a lo largo de las sesiones, señalándose las principales situaciones de alto riesgo para la recaída, insistiendo en las posibilidades de autocontrol y en la responsabilidad personal de cada sujeto en dicha recaída, así como en las estrategias de afrontamiento que pueden poner en práctica.

c) *Programa Contexto* (Lila, 2009). Se desarrolla en colaboración con la Universidad de Valencia y se enmarca dentro del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1979), según el cual, una adecuada intervención con maltratadores debe tener en cuenta los niveles de análisis intrapersonal, interpersonal, situacional y macrosocial. A partir de ahí, en este programa trabajan los principales factores de riesgo y protección existentes en los cuatro niveles de análisis. Según los autores el programa se caracteriza y diferencia de otros en tres aspectos fundamentales:

1. La violencia contra la mujer es un problema eminentemente social que se mantiene, en buena medida, por la tolerancia del entorno de las personas implicadas. Por tanto, uno de los elementos que se consideran centrales en la intervención es el contexto social del sujeto, sus redes sociales.
2. La violencia de género es un problema tan complejo que no puede ser abordado desde una única disciplina. En este sentido en el desarrollo de este programa de tratamiento han participado profesionales de ámbitos como la Psicología, la Criminología o el Derecho.
3. Dicho programa es un programa de investigación, con lo que a largo plazo se podrán analizar los resultados empíricos del mismo, avanzando en el conocimiento que tenemos sobre este fenómeno y posibilitando la mejora en sucesivas estrategias de intervención con este tipo de población.

El programa se estructura en los siguientes módulos:

- ✓ Toma de contacto.
- ✓ Violencia de pareja: principios básicos.
- ✓ Estrategias de cambio: variables personales.
- ✓ Estrategias de cambio: variables familiares.
- ✓ Estrategias de cambio: variables situacionales.
- ✓ Estrategias de cambio: variables socio-culturales.
- ✓ Fin de la intervención: prevención de recaídas.

d) *Programa Psicosocial para Agresores en el Ámbito de la Violencia de Género* (Ruiz y Expósito, 2008). Desarrollado en colaboración con la Universidad de Granada, pretende, desde una orientación de género, centrar la intervención en los comportamientos concretos utilizados por los hombres violentos para mantener el control y el poder dentro de la relación de pareja. La duración del programa puede oscilar entre 6 meses y un año, dependiendo de las características del paciente, del riesgo de reincidencia, de la duración de la condena, de la evolución de los pacientes, etc. En general, puede haber de 25 a 50 sesiones, tanto grupales como individuales, con un número de 12 participantes como máximo. Los contenidos que se abordan coinciden con los de la *Rueda de control y poder* y el objetivo último pasaría por sustituir estos comportamientos de control y poder por otros caracterizados por el equilibrio y la igualdad. Los contenidos que trabajan son los siguientes:

- ✓ Módulo 1. Presentación del grupo, objetivos del programa y compromisos.
- ✓ Módulo 2. Minimización, negación y culpabilización.
- ✓ Módulo 3. Privilegios masculinos.
- ✓ Módulo 4. Coacciones y amenazas.
- ✓ Módulo 5. Intimidación.
- ✓ Módulo 6. Abuso emocional.
- ✓ Módulo 7. Abuso sexual.
- ✓ Módulo 8. Aislamiento social.
- ✓ Módulo 9. Abuso económico.
- ✓ Módulo 10. Manipulación de los hijos.

e) *Programa de Intervención Psicosocial en Personas que Maltratan a sus Parejas* (Quinteros y Carbajosa, 2008). Este programa ha sido desarrollado por el Grupo 5 Acción y Gestión Social (Madrid) y, partiendo de una aproximación cognitivo-conductual, van trabajando los diferentes contenidos en función del estadio de cambio en el que se encuentran los pacientes (*Modelo Transteórico* de Prochaska y DiClemente, 1982 y 1986). El programa dura aproximadamente entre un año y un año y medio, aunque puede variar en función de los pacientes

y su evolución. Los objetivos generales que se plantean desde este programa en la etapa grupal son:

Etapa contemplativa:

1. Creación de dinámica grupal.
2. Asumir la responsabilidad por la conducta violenta.
3. Motivar a la persona para el tratamiento
4. Identificar las dificultades en las distintas áreas (social, laboral y familiar).
5. Desarrollar herramientas para el cese de la violencia física.

Etapa de acción:

1. Consolidación de la dinámica grupal.
2. Cese de todo tipo de violencia y maltrato en las relaciones.
3. Reestructurar las creencias que mantienen el comportamiento violento y la desigualdad de poder en las relaciones.
4. Promover ideas y pensamientos que tiendan a la igualdad en las relaciones familiares.
5. Desarrollar nuevos comportamientos y actitudes para afrontar los conflictos.
6. Mejorar las habilidades sociales para romper el aislamiento.
7. Manejo de las emociones y del estrés.

Etapa de mantenimiento:

1. Reelaborar y consolidar los cambios.
2. Prevenir posibles recaídas.

Capítulo 7

Eficacia de las intervenciones psicológicas con maltratadores

7.1. Introducción

A partir del año 2004, con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 1/2004 (Boletín Oficial del Estado, 2004), de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, surge en España la necesidad de desarrollar programas de tratamiento psicológico dirigidos a tratar a hombres que han sido condenados por violencia de género. El objetivo fundamental y último de estos programas es el control de la violencia física, sexual y psicológica y, hasta ahora, los resultados son esperanzadores, ya que son muchos los estudios que concluyen que se produce una mejoría significativa en los agresores (Davis et al., 2001; Dobash et al., 1996; Dunford, 2000; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997; Gondolf, 1997b; Morrel et al., 2003; O'Leary et al., 1999; Tutty et al., 2001). Sin embargo, y pesar de estos buenos resultados iniciales, el objetivo de numerosas investigaciones actuales, es poder determinar con exactitud hasta qué punto estos programas son eficaces y en qué medida esa mejoría significativa se traduce, en la realidad social, en una reducción significativa de los episodios de violencia de género.

Algunos de los problemas a los que se enfrentan los estudios sobre eficacia terapéutica con maltratadores es, en primer lugar, la coexistencia de una gran variedad de programas de intervención que trabajan desde aproximaciones diferentes. En segundo lugar, los problemas éticos que supone incluir grupos de control o de lista de espera en las investigaciones, ya que estos pacientes no reciben tratamiento o están sin recibirlo durante un periodo largo de tiempo. Además, también es complicado poder llevar a cabo diseños de carácter experimental, ya que en muchas ocasiones no es posible asignar a los pacientes de manera aleatoria al grupo tratamiento o grupo de control, debido a que pueden existir variables como la gravedad de la violencia ejercida, que pueden influir a la hora de decidir en qué condición experimental incluir a cada participante.

A pesar de todo ello, cada vez contamos con un mayor número de investigaciones que ponen de manifiesto, en algunos casos, resultados contradictorios.

Los primeros programas de tratamiento llevados a cabo en el ámbito del maltrato doméstico, datan de los años 80. Dechner, McNeil y Moore (1986) llevaron a cabo un programa de tratamiento grupal en el que se trabajaban aspectos como el tiempo fuera, abuso de alcohol, reestructuración cognitiva, autoinstrucciones, control de la ira, asertividad, etc. Obtuvieron mejoría significativa al año de seguimiento en todos aquellos pacientes que acabaron el programa (10 semanas, 2,5 horas semanales). Mientras que en 1986 Harris obtuvo una tasa de mejoría del 73% en el postratamiento, siendo los factores que mejor predecían el éxito terapéutico la edad del maltratador (más edad más éxito), una buena situación económica, el comienzo más retardado del uso de la violencia, etc.

Otro programa, también basado en una aproximación cognitivo-conductual, fue el llevado a cabo por Hamberger y Hastings (1988) con 71 hombres maltratadores. Los resultados indicaron que había diferencias estadísticamente significativas en estos hombres entre el pre y el postratamiento. El programa constaba de 15 sesiones de 2,5 horas cada una, y se empleaban técnicas como la reestructuración cognitiva, el tiempo fuera y el entrenamiento en habilidades de comunicación y asertividad.

En 1990 Edleson y Syers compararon 3 programas de tratamiento en grupo (modelo educativo, modelo de autoayuda y modelo combinado) y cada una de estas tres modalidades las compararon en función de la duración, 12 y 32 sesiones. La muestra estaba compuesta por 283 hombres y los resultados mostraron que no había diferencias significativas entre las diferentes modalidades terapéuticas. Aunque se obtuvieron mejores resultados en el grupo educativo y combinado que en el de autoayuda, en el formato de 12 sesiones.

Davis y Taylor (1999) llegan a la conclusión, tras haber realizado una revisión de distintos programas de intervención, de que hay una evidencia consistente de los efectos positivos de los tratamientos dirigidos a maltratadores. Tal es el caso del estudio de Dobash y colaboradores (1996) donde, después de la aplicación del programa de intervención, las parejas de los maltratadores informaron que estaban más tranquilas y menos temerosas que antes de la intervención. En este mismo sentido, en un estudio de

Gondolf (1997a) el 72% de las mujeres referían sentirse más seguras y el 64% negaban la posibilidad de que ocurrieran nuevos episodios violentos.

Otros ejemplos alentadores son el realizado por O'Leary y colaboradores (1999) observando que, tras un año de seguimiento, se producía un descenso significativo en el empleo de la violencia psicológica y en la violencia física moderada y severa, destacando que dos terceras partes de los maridos cesaban la violencia severa ejercida contra sus esposas durante el año de seguimiento. O el llevado a cabo por Morrel et al. (2003), quienes encontraron que, tras 6 meses de seguimiento, el tratamiento psicológico había producido una reducción significativa de la violencia física, psicológica y sexual, así como de los daños o lesiones.

Dobash y Dobash (2000) analizaron la eficacia del programa de tratamiento de violencia de género CHANGE, basado en aproximaciones feministas y utilizado en Escocia desde el año 1989, frente a la efectividad de otras medidas impuestas por la justicia como la entrada en prisión. Según datos judiciales, el nivel de reincidencia es similar en ambos grupos, el 10% de los hombres procedentes de prisión y el 7% de los hombres que participaron en el programa de intervención. Sin embargo, cuando utilizaron como medida de la reincidencia la información proporcionada por las parejas, encontraron diferencias significativas a los 3 y a los 12 meses de seguimiento entre los dos grupos. El porcentaje de hombres del grupo de prisión que vuelven a agredir a sus parejas es del 61% a los 3 meses y del 69% a los 12 meses de seguimiento, mientras que el porcentaje de hombres que participaron en el programa terapéutico es del 30% a los 3 meses de seguimiento y del 33% a los 12 meses. Sin embargo, hay que tener cuidado a la hora de interpretar estos datos, ya que si bien es cierto que muchos estudios utilizan la información de las víctimas para determinar niveles de reincidencia, también es cierto que las mujeres que son pareja de hombres maltratadores, generan en muchas ocasiones expectativas muy elevadas sobre el cambio de sus parejas si éstos están participando en un programa de tratamiento.

Gondolf (1997b) también utilizó la información proporcionada por las parejas, así como la aportada por los propios maltratadores y la información policial, llegando a la conclusión de que de todos los hombres que habían participado en programas de

tratamiento, el 40% habían reincidido transcurridos 15 meses de la finalización del programa, el 45% transcurridos 2 años y medio y el 48% al cabo de los 4 años. También Gondolf (2004), tras llevar a cabo durante 4 años un estudio longitudinal con una muestra de 840 hombres procedentes de 4 ciudades de Estados Unidos, encontró una clara reducción del uso de violencia y de otras formas de abuso, entre la mayoría de los maltratadores que asistieron a programas de intervención, continuando con estas formas de violencia el 20% de la muestra estudiada. Estos datos coinciden con los obtenidos por otros autores (Edleson, 1996; Rosenfeld, 1992; Tolman y Bennett, 1990) que cifran la no reincidencia entre un 50 y un 80%, atendiendo a la información aportada por las propias mujeres transcurridos 6 meses desde la finalización del programa, aunque estas cifras se reducen (40-50%) cuando se analizan formas de violencia menos evidentes que las de carácter físico. Por último, y dentro de este mismo estudio, se llega a la conclusión que los programas para maltratadores tienen un efecto positivo en la reducción de las agresiones a la pareja, siendo los programas cognitivo-conductuales basados en la perspectiva de género, los más apropiados para la mayoría de los hombres Gondolf (2004).

7.2. Eficacia de las intervenciones psicológicas sobre el nivel de reincidencia

El problema fundamental de muchas de estas investigaciones es que no son diseños puramente experimentales ya que, o bien no hay un grupo control con el que comparar la eficacia de diferentes tipos de intervenciones, o bien no hay asignación aleatoria a las diferentes condiciones experimentales o modalidades terapéuticas, pudiendo llegar todo ello a comprometer en gran medida los resultados y las conclusiones que se puedan extraer a partir de ellos. En este sentido, un reciente meta-análisis de Smith, Meadows y Kaufman (2009) ha analizado aquellos estudios sobre la eficacia de la intervención psicológica con maltratadores, que cumplieran una serie de criterios: ser estudios experimentales con asignación aleatoria de los pacientes al grupo tratamiento y al grupo de control, el tamaño de la muestra tenía que ser de al menos 20 participantes por grupo y la medida de la eficacia tenía que ser reincidencia o alguna

medida sobre severidad de la violencia ejercida. Una vez eliminados los estudios de la bibliografía científica que no cumplían estos criterios, quedaron 7 investigaciones que aparecen resumidas en la Tabla 7.1, donde se comparan los niveles de reincidencia de aquellos maltratadores que han sido detenidos y no han participado en un programa de tratamiento, frente a aquellos que han participado en un programa de intervención grupal.

Como puede observarse en la Tabla 7.1, un aspecto común a todos los programas son las elevadas tasas de abandono producidas durante el tratamiento y durante los períodos de seguimiento. En el caso de las intervenciones grupales, las tasas de abandono estaban en torno al 30%. Asimismo, el abandono también fue un problema en aquellos estudios que analizaban la reincidencia a partir de la información aportada por las víctimas, ya que las tasas de abandono en el seguimiento fueron elevadas. Esta falta de información en el seguimiento es crucial, ya que en aquellos estudios donde el nivel de reincidencia se calcula a partir de información policial, la reincidencia era más alta que cuando la información la proporcionaban solo las víctimas. Por tanto, en los estudios donde hay una tasa elevada de abandono en el seguimiento, faltando un porcentaje importante de la información de las víctimas, los niveles de reincidencia obtenidos deben ser analizados con precaución.

El primer estudio experimental revisado en el meta-análisis de Smith et al. (2009) es el de Sherman y Berk (1984) quienes analizaron 314 maltratadores con delitos menores que fueron asignados aleatoriamente a una de las siguientes condiciones: detención, mediación por parte del policía que atiende el caso o separación física de la pareja durante 8 horas. Pasados 12 meses se llevó a cabo un seguimiento en el que los datos policiales mostraban unas tasas de reincidencia del 13% para los que habían sido detenidos, mientras que en los que habían sido separados de sus parejas durante 8 horas la reincidencia fue del 26%. En el grupo de la mediación informal por parte de la policía la reincidencia tuvo un valor intermedio (entre el 13 y el 26%) y no fue estadísticamente diferente comparados con los niveles de reincidencia de los otros dos grupos. En relación a la información proporcionada por las parejas, sólo se contó con el 49% de las víctimas a los 12 meses de seguimiento, obteniéndose tasas de reincidencia del 19% en

el grupo de los que fueron detenidos frente al 37% de los que recibieron mediación policial.

Sin embargo, un estudio de Maxwell, Garner y Fagan (2001) con una muestra muy amplia de 4.032 sujetos, no pudo demostrar la eficacia de la detención, ya que, analizando la información de la policía, no existían diferencias significativas entre los que habían sido detenidos y los que no, a nivel de reincidencia. Sí que se obtenían niveles de reincidencia significativamente más bajos para los que habían sido detenidos según la información de las propias víctimas, pero tanto en los detenidos como en los controles, las tasas de reincidencia eran muy elevadas (36% y 48% respectivamente).

En relación a los programas de tratamiento basados en el Duluth Model, el meta-análisis de Smith y colaboradores (2009) incluye 2 estudios que comparan los resultados de sus intervenciones frente a un grupo de control. En el primer estudio los maltratadores fueron asignados aleatoriamente o bien a un grupo de tratamiento basado en el Duluth Model de 26 semanas de duración más libertad condicional, o bien a un grupo al que sólo les habían impuesto la medida judicial de libertad condicional. Los resultados indicaron que ambos grupos mostraban una reincidencia del 24% (Feder y Dugan, 2002), si bien es cierto que los que completaban el tratamiento tenían una probabilidad menor de volver a ser detenidos (13%) en comparación con los que abandonaban (30%).

En el segundo estudio de corte feminista analizado, los participantes eran asignados de manera aleatoria a un grupo de tratamiento basado en el Duluth Model de 40 horas de duración (en el formato de 26 semanas o de 8 semanas) o a un grupo de control que prestaría servicios a la comunidad. Un dato a destacar es que los hombres de este estudio estuvieron de acuerdo en participar en el tratamiento como parte de su condena, lo que puede estar sesgando los resultados debido a una mayor motivación al cambio. Los niveles de reincidencia fueron 16% y 26% respectivamente (según información policial) y 22% y 21% según la información aportada por las víctimas (Taylor, Davis y Maxwell, 2001). También indicar que las tasas de abandono fueron muy altas, ya que solo entre el 30 y el 50% de las víctimas respondieron en el seguimiento a los 12 meses.

Teniendo en cuenta las intervenciones cognitivo-conductuales o la combinación de técnicas cognitivo-conductuales más psicoeducación (Duluth Model), Dunford (2000) llevó a cabo el estudio más riguroso a nivel metodológico hasta la fecha, con una muestra de militares de una base de la Marina de San Diego, comparando grupos de hombres que recibieron terapia cognitivo-conductual, con grupos que recibían terapia de pareja y con grupos de control que no recibían tratamiento. Tanto a partir de la información policial, como de la aportada por las víctimas, ninguna de las modalidades terapéuticas tenía un efecto significativo en los niveles de reincidencia a un año de seguimiento. Las tasas de reincidencia aportadas por la policía eran muy bajas (del 3% al 6%) mientras que las aportadas por la víctimas eran mucho más elevadas (del 27 al 35% sin diferencias significativas entre grupos).

Palmer, Brown y Barrera (1992) asignaron aleatoriamente a 56 hombres canadienses a un tratamiento grupal combinando técnicas cognitivo-conductuales junto con psicoeducación (Duluth Model) de 10 semanas de duración, o a un grupo de control sin tratamiento. Según la información policial, la reincidencia fue significativamente mayor para los del grupo de control (31%) que para los del grupo de tratamiento (10%). Respecto a la información de las víctimas, no se muestra en la Tabla 7.1 ya que sólo el 22% de las víctimas respondieron en el seguimiento a los 12 meses.

El último estudio que revisa este meta-análisis, es el de Ford y Regoli (1993) quienes asignaron aleatoriamente a 347 hombres a 3 condiciones de tratamiento: asesoramiento previo al juicio (sin especificar el tipo de asesoramiento), asesoramiento como una condición para la libertad condicional y detención. Los resultados mostraron que el asesoramiento previo era más efectivo que el asesoramiento como condición para la libertad condicional (reincidencia del 34% vs. 45%) pero no más efectivo que las detenciones (reincidencia del 34%). Sólo el 31% de las víctimas contestaron en el seguimiento a los 6 meses.

En resumen, esta revisión de Smith y colaboradores (2009) permite concluir que el tratamiento grupal con maltratadores tiene un efecto escaso en el ciclo de la violencia, ya que la mayoría de los estudios demuestran el impacto nulo o mínimo de estos programas por encima de lo que es únicamente la detención. La mayoría de los estudios,

independientemente de la estrategia de intervención utilizada (detención, Duluth, cognitivo-conductual) llegan a la conclusión de que uno de cada 3 casos volverá a agredir a su pareja a los 6 meses, según informan las propias víctimas. Si bien estos datos habría que tomarlos con precaución, ya que en el seguimiento se pierde un gran porcentaje de la información de las víctimas (del 15% al 78% en función de los estudios) con una media de abandonos a la hora de informar en el seguimiento del 46%, teniendo en cuenta todos los estudios analizados en este meta-análisis.

Tabla 7.1. Estudios experimentales sobre la eficacia de las intervenciones con maltratadores. Comparación entre diferentes modalidades de tratamiento.

AUTORES	(N)	CONDICIONES DE TRATAMIENTO	MEDIDA DE LA REINCIENCIA	SEGUIMIENTO	RESULTADOS	INDICES DE REINCIENCIA	ABANDONOS TRATAMIENTO	FALTA DE DATOS EN EL SEGUIMIENTO
Sherman y Berk, 1984	314	Detenidos (136) vs. Mediación informal por parte del policía (89) vs. Separación física de la pareja durante 8 horas (89)	Información de las víctimas y la policía	12 meses	Detenidos era significativamente más efectivo que las otras dos condiciones: separación de la pareja y mediación policial	Según datos policiales (DP): el 26% de los que fueron separados de su pareja vs. el 13% de los detenidos Según datos de las víctimas (DV): el 37% de los de mediación vs. el 19% de los detenidos	No aplicable	0% para la información policial 51% para las entrevistas con las víctimas
Maxwell et al., 2001	4.032	Detenidos (1.748) vs. no detenidos o grupo de control (2.284)	Información de las víctimas y la policía	6 meses	No hay diferencias entre ambos grupos según informes policiales. Según informan las víctimas, los que fueron detenidos son significativamente menos violentos	DV: el 36% de los detenidos vs. el 48% de los que no fueron detenidos	No aplicable	0% policial 37% informes de las víctimas
Feder y Dugan, 2002	404	26 semanas de tratamiento grupal (Duluth)+libertad condicional (216) vs. sólo libertad condicional (188)	Información de la pareja y de ellos mismo (CTS) e información policial	12 meses	No hay diferencias significativas en índices de nuevas detenciones, actitudes o incidencia de violencia	El 24% de ambos grupos fueron detenidos de nuevo al año El 30% de los que recibieron tratamiento pero no lo completaron fueron detenidos nuevamente vs. el 13% de los que completaron el tratamiento	29%	70% informes de las víctimas a los 12 meses

Continuación Tabla 7.1. Estudios experimentales sobre la eficacia de las intervenciones con maltratadores. Comparación entre diferentes modalidades de tratamiento.

AUTORES	N	CONDICIONES DE TRATAMIENTO	MEDIDA DE LA REINCIDENCIA	SEGUIMI EN TO	RESULTADOS	INDICES DE REINCIDENCIA	ABANDONOS TRATAMIENTO	FALTA DE DATOS EN EL SEGUIMIENTO
Taylor et al., 2001	376	40 horas de tratamiento grupal (Duluth) (190) vs. 40 horas de servicio a la comunidad (control) (186)	Información de la pareja (CTS) e información policial	12 meses	El grupo de tratamiento (26 semanas) mostró menos reincidencia a los 6 y 12 meses. No hay diferencias en violencia según informan las víctimas	DP: El 16% de los que recibieron tratamiento (Duluth) vs. el 26% del grupo control DV: el 22% de los que recibieron tratamiento vs. el 21% del grupo control	Sin información	50% para la información de la víctima
Dunford, 2000	861	Grupo de hombres que recibieron terapia cognitivo-conductual (168) vs. grupo que recibieron conjuntamente terapia de pareja (153) vs. grupo rigurosamente supervisado (173) vs. grupo control (150)	Información de la pareja y de ellos mismos (CTS modificada) e información policial y judicial	18 meses	No existen diferencias entre los grupos	DP: el 4% del grupo de tratamiento cognitivo-conductual, el 3% del grupo de terapia de pareja, el 6% de los supervisados y el 4% de los control DV: el 29% del grupo de tratamiento cognitivo-conductual, el 30% del grupo de terapia de pareja, el 27% de los supervisados y el 35% de los control	29%	0% para la información policial 15% para la de las víctimas
Palmer et al., 1992	56	10 semanas de psicoeducación en grupo (30) vs. sólo libertad condicional (26)	Información de la pareja y la policía	12 meses	La reincidencia fue significativamente mayor en los "control" vs. los que recibieron tratamiento	DP: el 10% de los que recibieron psicoeducación vs. el 31% de los control	30%	Se perdió información de las víctimas: 70% de los de tratamiento 89% en el grupo control
Ford y Regoli, 1993	347	Asesoramiento previo al juicio (127) vs. asesoramiento como condición para la libertad condicional (114) vs. detenidos (106)	Información de la pareja	6 meses	No había diferencias entre los grupos	El 34% de los que recibieron asesoramiento preventivo vs. 45% de los de libertad condicional vs. el 34% de los detenidos	Sin información	37% para la información de las víctimas a los 6 meses

Tabla adaptada de Smith et al., (2009)
DP= datos policiales; DV= datos aportados por las víctimas

En otra revisión llevada a cabo por Babcock, Green y Robie (2004) analizan tanto diseños experimentales, como diseños cuasi-experimentales (véase Tabla 7.2) calculando además de los niveles de reincidencia, el tamaño del efecto de las diferentes intervenciones sobre dichos niveles de reincidencia. Todos estos diseños cuasi-experimentales tienen un grave problema y es que comparan a los maltratadores que reciben tratamiento con los que abandonan, siendo los que continúan en tratamiento diferentes en muchas variables como pueden ser educación, estado civil, profesión, nivel de motivación, etc. Dos de estos estudios incluidos en la revisión de Babcock et al. (2004) intentaron controlar estas diferencias entre grupos (Babcock y Steiner, 1999; Gondolf, 1997b) encontrando que el efecto atribuible al tratamiento se mantuvo estadísticamente significativo tras controlar las diferencias en el pretratamiento. Sin embargo, los tamaños del efecto y porcentajes presentados en la Tabla 7.2 no están corregidos y se presentan independientemente de las posibles diferencias iniciales entre los grupos, ya que los datos de los diferentes estudios no permiten calcular el tamaño del efecto controlando esas variables sociodemográficas. Por tanto, los tamaños del efecto presentados en la Tabla 7.2 para los estudios cuasi-experimentales, muy probablemente son mayores de lo que en realidad debería esperarse.

Tabla 7.2. Diseños cuasi-experimentales y tamaño del efecto del tratamiento sobre los niveles de reincidencia.

AUTORES	CONDICIONES DE TRATAMIENTO Y N INICIAL	TIPO DE INTERVENCIÓN	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	TASA DE ABANDONO	SEGUIMIENTO	% DE LOS QUE VUELVEN A AGREDIR	TAMAÑO DEL EFECTO (d)
Taft, Murphy, Elliot y Morrel (2001), Morrel et al. (2003)	Completan el Tx (tratamiento) (n=33); completan el Tx2 (n=41) y abandonos del Tx2 (n=12)	Tx1= apoyo Tx2= cognitivo-conductual	16 sesiones	18% completaron menos de 12 semanas	Datos policiales (DP): a los 22-36 meses Datos de las víctimas (DV): a los 6 meses	DP: Tx1= 9,5%; Tx2= 9,7%; abandonos = 54% DV: Tx1= 10%; Tx2= 18,5% y abandonos= 33%	DP: Tx1= 1,15; Tx2= 1,22 DV: Tx1= 0,69; Tx2= 0,36
Gondolf (1997b, 1998, 2000)	Completan Tx1 (n= 158); abandonos Tx1 (n= 55); completan Tx2 (n= 145); abandonos Tx2 (n= 64); completan Tx3 (n= 140); abandonos Tx3 (n= 75); completan Tx4 (n= 135); abandonos Tx4 (n= 72)	4 programas basados en el Duluth Model de diferente duración	Tx1 (Pittsburgh): 12 semanas con pocos servicios adicionales; Tx2 (Denver): 26 semanas; Tx3 (Houston): 24 semanas; Tx4 (Dallas): 12 semanas junto con muchos servicios adicionales	32% asistieron menos de 2 meses	DP: a los 15 meses DV: a los 30 meses	DP: Tx1= 17%; Tx1 abandonos= 41%; Tx2= 26%; Tx2 abandonos= 51%; Tx4= 12%; Tx4 abandonos= 19% DV: Tx1= 40%; Tx1 abandonos= 50%; Tx2= 35%; Tx2 abandonos= 55%; Tx3= 35%; Tx3 abandonos= 59%; Tx4= 33%; Tx4 abandonos= 58%	DP: Tx1= 0,58 Tx2= 0,54 Tx4= 0,20 DV: Tx1= 0,20 Tx2= 0,41 Tx3= 0,50 Tx4= 0,52
Babcock y Steiner (1999)	completan Tx (n= 106); abandonos Tx (n= 178); encarecidos (n= 55)	Psicoeducación (Duluth Model)+libertad condicional	36 semanas	68% completaron menos de 28 sesiones	DP: a los 2 años tras el juicio	De los que completan = 8% De los abandonos = 23% De los encarecidos= 62%	Tx vs. abandonos = 0,40
Murphy, Musser y Maton (1998)	Tx completan (n= 10); No completan (n= 225)	Psicoeducación (Duluth Model)	22 sesiones	84% (de los 62 hombres mandados a tratamiento) completaron menos de 22 semanas	DP: 12-18 meses tras el juicio	De los que completan = 0% De los que no completan = 16%	0,44

Continuación Tabla 7.2. Diseños cuasi-experimentales y tamaño del efecto del tratamiento sobre los niveles de reincidencia.

AUTORES	CONDICIONES DE TRATAMIENTO Y N INICIAL	TIPO DE INTERVENCIÓN	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	TASA DE ABANDONO	SEGUIMIENTO	% DE LOS QUE VUELVEN A AGREDIR	TAMAÑO DEL EFECTO (d)
Dutton, Bodnarch, Kropp, Hart y Ogloff (1997b)	completan Tx (n= 156); abandonos y rechazos Tx (n= 290)	Entrenamiento en manejo de la ira vs. abandonos y rechazos (porque no cooperan, psicosis, etc.)	16 semanas	52%	DP: hasta 11 años (de media 5,2 años)	De los que completan= 18% De los que abandonan= 21%	0,07
Dobash et al. (1996)	completan Tx (n= 40); abandonos Tx (n= 80)	Grupo psicoeducación vs. abandonos	Sin información	66%	DP y DV: a los 12 meses	DP: completan= 7%, abandonos= 10% DV: abandonos= 75%	DP = 0,11 DV = 0,92
Newell (1994)	completan Tx1 (n= 155); abandonos Tx1 (n= 118); Tx2= otro tratamiento (n= 83); sin Tx (n= 135)	Grupo psicoeducación (aproximación feminista) vs. otro Tx (pareja, individual) vs. grupo control sin Tx	12 semanas	57%	DP (nuevas detenciones) a los 2 años	Tx1 completan= 23%, Tx1 abandonos= 36%; Tx2= 16%, sin Tx= 22%	Tx1 completan vs. abandonos= 0,29; Tx1 completan vs. Sin Tx = -0,02; Tx2 vs. sin Tx= 0,15
Flournoy (1993)	Tx1 (n= 16); Tx2 (n= 13); control en lista de espera (n= 14)	Tx1= terapia cognitivo-conductual; Tx2= psicoeducación	8 semanas	Cognitivo-conductual = 19% Psicoeducación = 38%	DP: a los 2-3 meses	Tx1= 8%; Tx2= 0%; control= 7%	Tx1= -0,03 Tx2= 0,33
Harrell (1991)	Tx1 (n= 8); Control sin tratamiento (n= 112)	Grupo cognitivo-conductual (8-12 semanas) vs. grupo que no han sido mandados a Tx	8-12 semanas	20%	DP: a los 15-29 meses DV: a los 6 meses	DP: Tx= 50% Sin Tx= 30%	DP = -0,42 DV = -0,76
Chen, Bersani, Myers y Denton (1989)	Mandados a Tx (n= 120); No mandados a Tx (n= 101)	Manejo de la ira	8 semanas	37% completaron menos de 7 sesiones	DP	De los que completan= 5% De los abandonos = 10%	0,19

Continuación Tabla 7.2. Diseños cuasi-experimentales y tamaño del efecto del tratamiento sobre los niveles de reincidencia.

AUTORES	CONDICIONES DE TRATAMIENTO Y N INICIAL	TIPO DE INTERVENCIÓN	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	TASA DE ABANDONO	SEGUIMIENTO	% DE LOS QUE VUELVEN A AGREDIR	TAMAÑO DEL EFECTO (d)
Edleson y Gruznski (1988) (estudio 3)	completan Tx (n= 84); abandonos Tx (n= 37)	Psicoeducación+orientación	8 semanas de psicoeducación+16 semanas	31%	DV a los 6 meses	De los que completan = 42% De los abandonos = 49%	0,14
Edleson y Gruznski (1988) (estudio 1)	completan Tx (n= 27); abandonos Tx (n= 30)	Psicoeducación+orientación	8 semanas de psicoeducación+16 semanas	47%	DV a los 6 meses	De los que completan = 33% De los abandonos = 46%	0,26
Hamberger y Hastings (1988)	completan Tx (n= 32); abandonos Tx (n= 36)	Grupo cognitivo-conductual	15 semanas	53%	Combinación de ellos+pareja+policia a los 12 meses	De los que completan = 9% De los abandonos = 17%	0,23
Waldo (1988)	completan Tx (n= 30); abandonos Tx (n= 30); control (n=30)	Grupo para mejorar la relación de pareja	12 semanas	50%	DP a los 12 meses	De los que completan = 0% De los abandonos = 20% Control= 20%	Completan vs. abandonos = 0,70; Completan vs. control = 0,70
Leong, Coates y Hoskins (1987)	completan Tx (n= 33); abandonos Tx (n= 34)	Grupo terapia cognitivo-conductual		≈ 50%	DP a los 6 meses	De los que completan = 13% De los abandonos = 29%	
Hawkins y Beauvais (1985)	completan Tx (n= 52); abandonos Tx (n= 43)	Cognitivo-conductual	1-6 en grupo+6 en pareja+individuales 10-18 semanas	45%	DP a los 6 meses	De los que completan = 18% De los abandonos = 18%	0,00
Stacey y Shupe (1984)	n inicial = 193; Tx1 (n en el seguimiento= 77); abandonos (n en el seguimiento= 30)	Cognitivo-conductual+psicodinámico/rogeriano	10-18 semanas		DV hasta los 24 meses	De los que completan = 34% De los abandonos = 50%	0,33

Tabla adaptada de Babcock et al., (2004)
DP= datos policiales; DV= datos aportados por las víctimas; Tx= tratamiento

En esta misma revisión Babcock et al. (2004), también analizaron 5 estudios experimentales, aportando tamaños del efecto mucho más fiables y adecuados que los obtenidos con los diseños cuasi-experimentales. Algunos de estos estudios experimentales ya se han comentado al hacer referencia a la revisión de Smith et al. (2009), pero en este caso se presentan junto con los tamaños del efecto calculados por Babcock y colaboradores (véase Tabla 7.3).

Uno de los estudios experimentales incluidos en esta revisión es el de Feder y Forde (1999) quienes asignaron aleatoriamente a un grupo de maltratadores en libertad condicional o bien a un programa psicoeducacional (aproximación feminista) o a un grupo de control sin tratamiento. En general, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos sobre la reincidencia, ni teniendo en cuenta los registros de la policía ($d = 0,04$) ni la información de la víctima ($d = -0,02$). Sí hubo un efecto pequeño, pero significativo, sobre la reincidencia entre los hombres del grupo de tratamiento que asistieron a todas las sesiones del programa. Cabe destacar también, que parece que en este estudio la asignación aleatoria aparentemente falló, ya que el número de hombres asignados al grupo tratamiento y al control fue sustancialmente diferente (Feder y Forde, 1999). Por otra parte, este estudio sufrió de una tasa de abandonos en el tratamiento bastante elevada (60%) y una baja tasa de respuesta de las víctimas en el seguimiento (22%).

Dunford (2000) llevó a cabo un estudio con 4 condiciones experimentales ya comentadas anteriormente. Comparó un grupo que recibió tratamiento cognitivo-conductual durante 36 semanas y un grupo que recibió terapia de pareja durante 26 semanas, con un grupo rigurosamente supervisado pero que no recibía tratamiento y un grupo de control sin tratamiento (pero con una atención pormenorizada a las víctimas para garantizar su seguridad). Ni los grupos que recibieron terapia cognitivo-conductual ($d = 0,13$) ni la terapia de pareja ($d = 0,10$) tuvieron un impacto significativo en la reincidencia al año de seguimiento según informaron las víctimas. De hecho, parece que cualquier intervención, aunque solo sea ser detenido e identificado por las autoridades, es efectiva a la hora de que no vuelvan a agredir a sus parejas, ya que los que no recibieron tratamiento tuvieron una tasa de reincidencia muy baja, del 4%. Este estudio es el más riguroso a nivel metodológico llevado a cabo hasta la fecha en términos de

tamaño de la muestra, duración del seguimiento, tasas de abandono, tasas de información recogida en el seguimiento y evaluación de la adherencia al tratamiento. Sin embargo, es importante resaltar que la muestra estaba compuesta por militares de la Armada de San Diego y, por tanto, no son representativos de los maltratadores condenados por violencia de género en población general.

Davis y colaboradores (2001) compararon a un grupo de 129 maltratadores que participaron en un programa de carácter psicoeducacional (Duluth Model) de 26 semanas de duración, a 61 maltratadores bajo el mismo tipo de tratamiento pero con una duración breve (8 semanas) y a 186 maltratadores en un grupo de control que habían prestado 70 horas de servicios a la comunidad en Brooklyn (Nueva York). Los resultados mostraron una reducción estadísticamente significativa en la reincidencia (medida a través de información policial) y un tamaño del efecto pequeño pero respetable $d = 0,41$ en el grupo de tratamiento de 26 semanas. El grupo de 8 semanas no difería del grupo de control que prestó servicios a la comunidad ($d = 0,02$). En cuanto a la información aportada por la pareja, en este estudio solo se consideraron nuevos incidentes de violencia si se habían producido durante los dos meses previos al contacto en el seguimiento. Por tanto, con esta forma de medir reincidencia a partir de la información de las víctimas, ni la intervención más larga ni la breve, tuvieron un efecto estadísticamente significativo sobre el nivel de reincidencia, en comparación con los que no recibieron tratamiento. En consecuencia, el tamaño del efecto debido al tratamiento medido a través de la información aportada por la pareja fue pequeño ($d = 0,21$).

Ford y Regoli (1993) desarrollaron un estudio para comparar el efecto de diferentes tipos de sentencia y asignaron aleatoriamente a sus pacientes a una de estas 3 condiciones: tratamiento o asesoramiento previo al juicio, tratamiento o asesoramiento como condición para obtener la libertad condicional una vez ya han sido condenados y medidas judiciales como pagar una multa o ingresar en prisión. Una vez más, no hubo diferencias significativas en el tamaño del efecto comparando las tasas de reincidencia a través de lo que informaban las víctimas. Ni la derivación a asesoramiento previo al juicio ($d = 0,00$), ni el tratamiento como condición para la libertad condicional una vez

condenados ($d = -0,22$) eran estadísticamente mejores que la intervención puramente judicial (pagar una multa o ingresar en prisión).

Por último, Palmer et al. (1992) llevaron a cabo un estudio a pequeña escala en Canadá donde los hombres fueron asignados a un tratamiento de carácter psicoeducacional de 10 semanas de duración (si iba a empezar algún grupo en las próximas 3 semanas), o a un grupo de control donde la medida judicial que se les había impuesto era la libertad condicional. En este programa se trabajaban creencias acerca de la violencia, responsabilidad de la conducta violenta, afrontamiento de conflictos y de la ira, auto-estima y la mejora de la relación con las mujeres. Los resultados indican que los hombres asignados a tratamiento reinciden significativamente menos, según registros de la policía, con un tamaño de efecto medio ($d = 0,54$), si bien el problema de este estudio es que el tamaño muestral es pequeño y puede ser más complicado poder generalizar los resultados a otras muestras.

Los resultados de este meta-análisis permiten concluir que, en general, el tamaño del efecto de las intervenciones con maltratadores es pequeño, indicando además que no existen diferencias significativas entre el tamaño del efecto de programas cognitivo-conductuales en comparación con el de programas basados en el Duluth Model. Es decir, que recibir uno u otro tipo de intervención no tiene efectos en la reincidencia, medida a través de registros policiales o con la información proporcionada por las víctimas (Babcock et al., 2004).

Por otro lado, los diseños cuasi-experimentales muestran tamaños del efecto más altos, pero tampoco existen diferencias significativas en función de la condición experimental. En el mejor de los casos analizados, utilizando diseños cuasi-experimentales y basándonos en la información de la pareja, el tamaño del efecto fue de 0,34. Mientras que analizando solo los 5 diseños experimentales, el tamaño del efecto es aún menor, ya que el efecto del tratamiento en estos 5 estudios es de 0,09 y 0,12, según informaron víctimas y registros policiales respectivamente. Según concluyen Babcock et al. (2004) basándose en la información de las parejas, los maltratadores que han recibido tratamiento tienen un 40% de probabilidad de no volver a agredir a sus parejas, mientras que sin tratamiento sería un 35%.

A nivel clínico, esto significa que una mujer tiene un 5% menos de posibilidades de ser víctima de malos tratos a manos de un hombre que ha sido condenado, sancionado y tratado a nivel psicológico, que si se tratara de un hombre que únicamente ha sido detenido y sancionado. Estos datos son buenos o malos en función de cómo se interpreten, por ejemplo, los autores mencionan el hecho de que una disminución del 5% de la violencia de género en Estados Unidos, supondría que 42.000 mujeres dejarían de ser maltratadas cada año.

Tabla 7.3. Diseños experimentales y tamaño del efecto del tratamiento sobre los niveles de reincidencia.

AUTORES	CONDICIONES DE TRATAMIENTO Y N INICIAL	TIPO DE INTERVENCIÓN	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	TASA DE ABANDONO	SEGUIMIENTO	% DE LOS QUE VUELVEN A AGREDIR	TAMAÑO DEL EFECTO (d)
Feder y Forde (1999)	Tx= Duluth (n=174); Control (n=230)	Duluth+libertad condicional vs. únicamente libertad condicional	26 semanas	60%	DP: a los 12 meses DV (22% de la muestra) a los 6 meses	DP: Tx= 4,8%; control= 5,7% DV: Tx= 32,7%; control= 31,6%	DP: Tx= 0,04 DV: Tx= -0,02
Dunford (2000)	Tx1= cognitivo-conductual (n= 168); Tx2= parejas (n= 153); supervisado (n= 173); control (n= 150)	Grupo de tratamiento cognitivo-conductual; terapia de pareja; grupo rigurosamente supervisado; control sin Tx pero con un plan de seguridad para las víctimas	Tx1= 36 semanas+6 encuentros mensuales; Tx2= 26 semanas+6 encuentros mensuales; Supervisado= encuentros mensuales durante 12 meses	29%	DP: a los 12 meses DV (72% de la muestra inicial de 861) a los 12 meses	DP: Tx1= 4%; Tx2= 3%; supervisados= 6%; control= 4% DV: Tx1= 29%; Tx2= 30%; supervisados= 27%; control= 35%	DP: Tx1= 0,00; Tx2= 0,05 Supervisados= -0,09 DV: Tx1= 0,13; Tx2= 0,10 Supervisados= 0,17
Davis et al. (2001)	Tx1= largo (n= 129); Tx2= breve (n= 61); control (n= 186)	Tratamiento (Duluth Model) vs. control (servicios a la comunidad)	Tx1= 26 semanas Tx2= 8 semanas	33%	DP: a los 12 meses DV (50% de la muestra) a los 12 meses	DP: Tx1= 10%; Tx2= 25%; control= 26% DV: Tx1= 14%; Tx2= 18%; control= 22%	DP: Tx1= 0,41 Tx2= 0,02 DV: Tx1= 0,21 Tx2= 0,10
Ford y Regoli (1993)	Tx1= asesoramiento previo al juicio (n= 127); Tx2= asesoramiento como condición para libertad condicional (n= 114); control= sentencia sin tratamiento (n= 106)	Asesoramiento previo al juicio sin especificar vs. asesoramiento para libertad condicional vs. otra sentencia (multa, prisión)			DV (31% de la muestra) a los 6 meses	Tx1= 34% Tx2= 45% Control= 34%	Tx1= 0,00 Tx2= -0,22

Continuación Tabla 7.3. Diseños experimentales y tamaño del efecto del tratamiento sobre los niveles de reincidencia.

AUTORES	CONDICIONES DE TRATAMIENTO Y N INICIAL	TIPO DE INTERVENCIÓN	DURACIÓN DEL TRATAMIENTO	TASA DE ABANDONO	SEGUIMIENTO	% DE LOS QUE VUELVEN A AGREDIR	TAMAÑO DEL EFECTO (d)
Palmer et al. (1992)	Tx (n= 30); control (n= 26)	Psicoeducación vs. libertad condicional	10 semanas	30% acudieron a menos de 7 sesiones	DP: de 1 a 2 años	Tx= 10% Control= 31%	TX= 0,54

Tabla adaptada de Babcock et al., (2004)

DP= datos policiales; DY= datos de las víctimas; TX= tratamiento

En España, Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y de Corral (2009) publicaron los resultados obtenidos con su programa de intervención con maltratadores, llevado a cabo desde 1997 a 2007. Se trata de un programa de intervención cognitivo-conductual de 20 sesiones de una hora de duración cada una de ellas, con el que obtuvieron que en el 88% de la muestra tratada habían desaparecido los episodios de maltrato cuando se les evaluaba en el postratamiento, según informaron las propias víctimas (se contó con esta información de las víctimas en el 97% de los casos). Si bien uno de los problemas fundamentales a los que se enfrentaron los autores es la elevada tasa de abandonos tanto durante la terapia (45%) como durante el seguimiento (46,3%), además del hecho de no incluir un grupo de control con el que comparar los resultados encontrados en el grupo que sí recibió tratamiento.

Por tanto, parece que un aspecto común a todos los programas de intervención es el alto nivel de rechazos y abandonos durante la terapia. La tasa de abandonos durante el tratamiento o durante los períodos de seguimiento son muy elevadas (Gerlock, 2001) y, en algunos casos, el maltratador no tiene una motivación real para que se produzca un cambio en su comportamiento (Rosenfeld, 1992). Asimismo, las recaídas dependen más de las características personales de los maltratadores (jóvenes, consumo de alcohol, presentar un historial criminológico, violencia generalizada) (Hanson y Wallace-Capretta, 2004) y de completar o no el tratamiento (Gordon y Moriarty, 2003) en vez de depender del tipo de intervención recibida. En este sentido, habría que tener en cuenta y contar con la heterogeneidad de los maltratadores si se quieren obtener mejores resultados terapéuticos. De esta manera se podrían reducir también las elevadas tasas de abandono que van unidas a este tipo de programas de tratamiento.

PARTE SEGUNDA

Investigación empírica

Capítulo 8

Objetivos e hipótesis

8. Objetivos e hipótesis

La entrada en vigor de La Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, supuso un cambio muy importante de la visión que sobre la violencia de género se tenía hasta ese momento en España. Esta ley establece que se deben llevar a cabo programas específicos de violencia de género, con aquellos presos condenados por este tipo de delitos y que se encuentren en prisión. Asimismo, la ley también contempla aquellos casos juzgados y condenados por violencia de género, donde se sustituye la pena de prisión a cambio de acudir a un programa de tratamiento psicológico específico en materia de violencia doméstica. Por tanto, surge a partir de la entrada en vigor de esta ley, tanto la necesidad como la obligación de desarrollar programas de intervención con maltratadores, que si bien en otros países ya se venían desarrollando desde hacía años, en España se trataba de un tema bastante novedoso.

Tal y como se ha visto en los primeros capítulos de esta tesis doctoral, existen una serie de variables o factores de riesgo asociados al maltrato y presentes en el agresor, sobre los cuales se puede intervenir. Estos factores de riesgo son de tipo cognitivo, afectivo/emocional y conductual/relacional, y dado que es el maltratador con el que se va a trabajar, los programas deben tener en cuenta todos estos factores para incidir directamente sobre ellos y hacer posible el cambio terapéutico. Sin embargo, y a pesar de la existencia de estos factores de riesgo, las investigaciones también nos muestran que no todos los maltratadores son iguales, no son un grupo homogéneo, sino que podemos diferenciarlos en una serie de dimensiones y características, dando lugar a diferentes tipologías. Por tanto, habría que tener en cuenta ambas vertientes, los factores de riesgo más frecuentemente asociados a los maltratadores y las diferentes tipologías que pueden existir, lo que constituiría la clave para poder desarrollar programas de intervención mucho más específicos y eficaces.

En general, los datos de otros programas desarrollados fuera de España, muestran que estos programas generan cambios positivos en maltratadores, en el sentido que tras el proceso terapéutico, estos hombres se muestran menos violentos. Pero muy pocos utilizan un grupo control en sus investigaciones y hasta el momento no existen

estudios que examinen la eficacia de estos programas en función de las características particulares de cada uno de los grupos o tipos de maltratadores presentes en las diferentes investigaciones.

Por tanto, no sólo nos surge la demanda de desarrollar e implantar intervenciones clínicas dirigidas a la rehabilitación y reinserción social de los agresores domésticos, puesto que existe la demanda social y judicial y además se ha comprobado que estos programas producen cambios, sino que se nos plantea la necesidad de llevar a cabo investigaciones mediante las cuales conozcamos la eficacia real de los tratamientos que se están realizando y si estos programas son eficaces para todo tipo de maltratadores.

Teniendo en cuenta estas apreciaciones, el objetivo general en este estudio fue examinar la eficacia de un programa de tratamiento psicológico para maltratadores, en una muestra de hombres condenados por violencia de género por Juzgados de la Comunidad de Madrid. En concreto, los objetivos específicos fueron:

- 1) Estudiar los diferentes tipos de maltratadores presentes en el estudio.
- 2) Estudiar la eficacia a corto plazo del programa de intervención sobre diferentes variables psicológicas de los agresores (variables asociadas con la agresión hacia la pareja), frente a un grupo de control en lista de espera (comparaciones en el postratamiento).
- 3) Estudiar la eficacia a corto plazo del programa de intervención sobre los niveles de reincidencia, frente a un grupo de control en lista de espera (comparaciones en el postratamiento).

Partiendo de estos objetivos se postularon las siguientes hipótesis:

- 1) Se encontrarán tres subtipos estadísticamente diferenciados en cuanto al riesgo de maltrato, teniendo en cuenta las siguientes variables psicológicas: características de personalidad límite y antisocial, características de psicopatía, consumo de alcohol, impulsividad, agresividad en general, niveles de ira y agresividad hacia la pareja.

- 2) Los tres subtipos encontrados, diferirán de manera significativa únicamente en las variables psicológicas utilizadas para clasificarlos, no mostrando diferencias estadísticamente significativas a nivel socio-demográfico.
- 3) Los niveles en el postratamiento de agresividad hacia la pareja, falta de ajuste en la relación de pareja, consumo de alcohol, características de personalidad límite, características de psicopatía e impulsividad, de los que participen en el programa de intervención para maltratadores, serán menores de manera estadísticamente significativa que los de los pacientes del grupo control en lista de espera.
- 4) Respecto a sus niveles en el pretratamiento, y dentro de los que participen en el programa de intervención para maltratadores,
 - Los que pertenezcan al grupo de riesgo de maltrato alto, mostrarán una mayor reducción en el postratamiento de los niveles de agresividad hacia la pareja, falta de ajuste en la relación de pareja, consumo de alcohol, características de personalidad límite, características de psicopatía e impulsividad, en comparación con los pacientes de los grupos de riesgo medio y bajo.
 - Los que pertenezcan al grupo de riesgo de maltrato medio, mostrarán una mayor reducción en el postratamiento de los niveles de agresividad hacia la pareja, falta de ajuste en la relación de pareja, consumo de alcohol, características de personalidad límite, características de psicopatía e impulsividad, en comparación con los pacientes de los grupos de riesgo bajo y una menor reducción en comparación con el grupo de riesgo alto.
 - Los que pertenezcan al grupo de riesgo de maltrato bajo, mostrarán una menor reducción en el postratamiento de los niveles de agresividad hacia la pareja, falta de ajuste en la relación de pareja, consumo de alcohol, características de

personalidad límite, características de psicopatía e impulsividad, en comparación con los pacientes de los grupos de riesgo medio y alto.

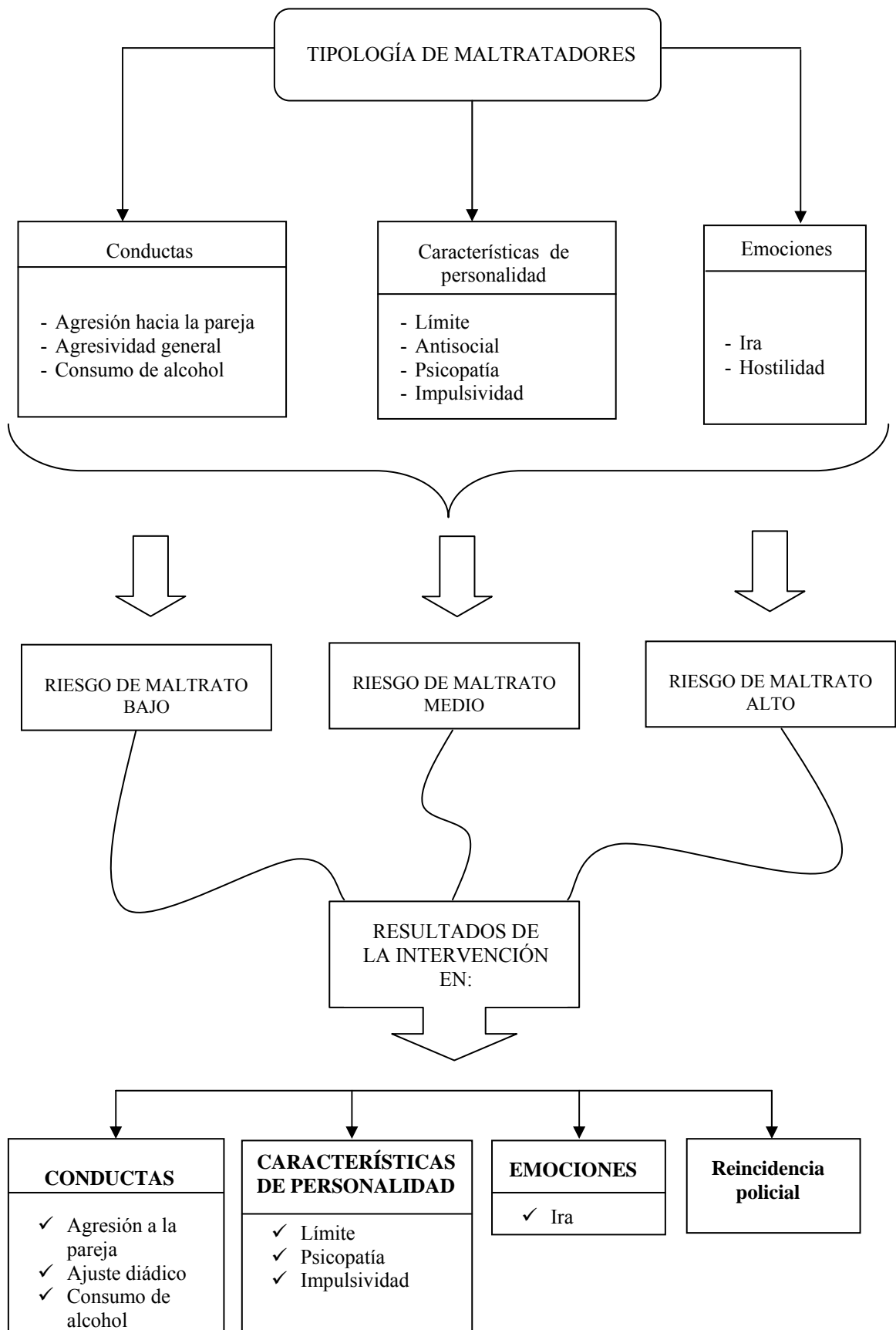
5) El nivel de reincidencia de los pacientes que participen en el programa de tratamiento psicológico para maltratadores será estadísticamente más bajo que el de los pacientes del grupo control en lista de espera.

6) Dentro de los que participen en el programa de intervención para maltratadores,

- El nivel de reincidencia policial de los que pertenecen al grupo de riesgo de maltrato bajo, será menor de manera estadísticamente significativa que el nivel de reincidencia de los grupos de riesgo medio y alto.
- El nivel de reincidencia policial de los que pertenecen al grupo de riesgo de maltrato medio, será menor de manera estadísticamente significativa que el nivel de reincidencia del grupo de riesgo alto y mayor que el del grupo de riesgo bajo.
- El nivel de reincidencia policial de los que pertenecen al grupo de riesgo de maltrato alto, será mayor de manera estadísticamente significativa que el nivel de reincidencia de los grupos de riesgo bajo y medio.

En la Figura 8.1 se muestra esquemáticamente el planteamiento general que se va a seguir en este estudio.

Figura 8.1. Planteamiento general de la investigación.



Capítulo 9

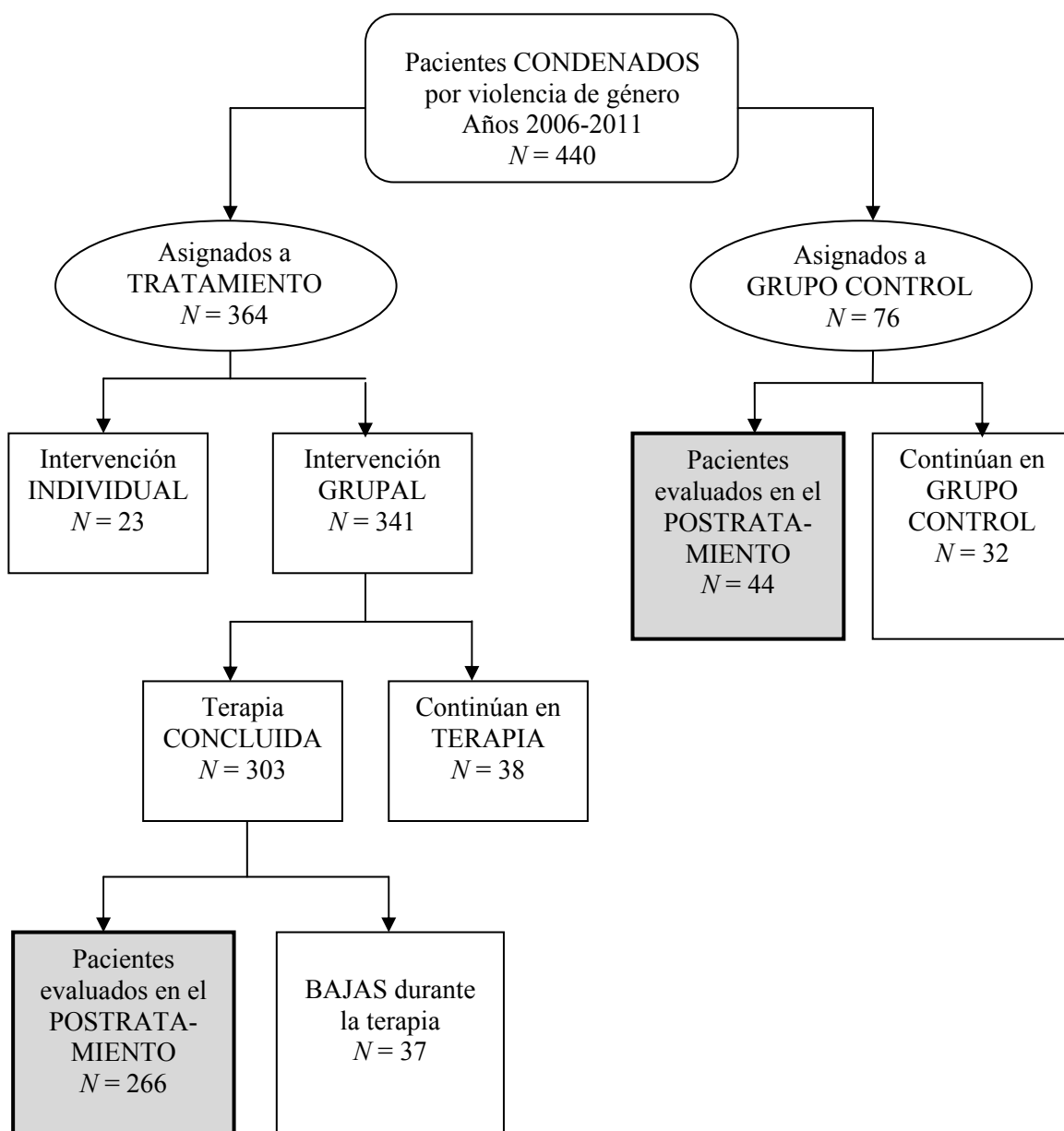
Método

9.1. Participantes

Este estudio se enmarca dentro de un proyecto de investigación más amplio desarrollado desde 2006 hasta 2011, en el que han participado 440 hombres condenados por violencia de género por Juzgados de Violencia sobre la Mujer de la Comunidad de Madrid (véase Figura 9.1). Los participantes fueron asignados a dos grupos: grupo de tratamiento y grupo de control en lista de espera, por cada 5 pacientes enviados a tratamiento uno era asignado al grupo de control. En el grupo que iba a recibir tratamiento comenzaron 364 pacientes, de los cuales 341 fueron asignados a tratamiento grupal, y 23 a terapia individual. Se asignaron a terapia individual únicamente aquellos casos en los que existía una problemática incompatible con su participación en una terapia de carácter grupal, por ejemplo diagnóstico de fobia social, o aquellos casos en los que a pesar de una alta motivación para participar en el programa, por circunstancias personales o laborales, sólo podían acudir cada quince días a terapia. De los 341 asignados a terapia grupal, 303 acabaron el programa o fueron baja durante el mismo, mientras que 38 aún siguen en tratamiento. De los 303 pacientes cuyo grupo de tratamiento ha finalizado, 266 lo completaron y fueron evaluados en el postratamiento, mientras que 37 (12,21%) causaron baja durante el transcurso de la terapia, siendo los principales motivos de las bajas, problemas para compatibilizar la terapia con el horario laboral, falta de recursos económicos para pagar el transporte y acudir a terapia y cambio de ciudad de residencia.

En el grupo de control en lista de espera, formado por 76 pacientes, 44 finalizaron el periodo de lista de espera y fueron evaluados en el postratamiento, mientras que 32 aún continúan en dicho periodo. Una vez evaluados en el postratamiento, se realiza con ellos una intervención psicológica breve (8 sesiones), para el tratamiento de la agresividad hacia la pareja.

Figura 9.1. Resumen de datos analizados en el presente estudio.



Por tanto, la muestra final del estudio estuvo compuesta por 266 pacientes que finalizaron el tratamiento grupal y 44 que finalizaron su periodo en el grupo control de lista de espera. Estos 310 hombres, tienen edades entre 18 y 69 años, con una media de edad de 38,26 ($DT = 10,21$). Las principales características socio-demográficas de la muestra se resumen en la Tabla 9.1.

En cuanto al nivel de estudios, el 41,6% de la muestra tienen estudios primarios, el 40,3% secundarios y el 18,1% universitarios (véase Gráfico 9.1). Mientras que en relación al estado civil, como refleja el Gráfico 9.2, el 24,2% están casados, el 2,3% están casados en segundas nupcias, el 0,3% son viudos, el 15,2% están separados, el 19,4% están divorciados, el 33,9% son solteros y, por último, el 4,8% conviven en pareja de hecho.

Gráfico 9.1. Distribución de la muestra en función del nivel de estudios (n = 310).

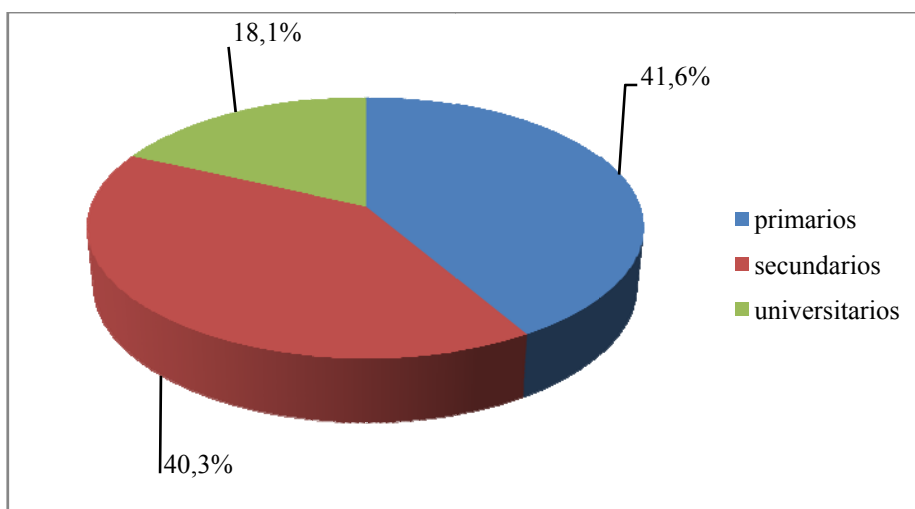
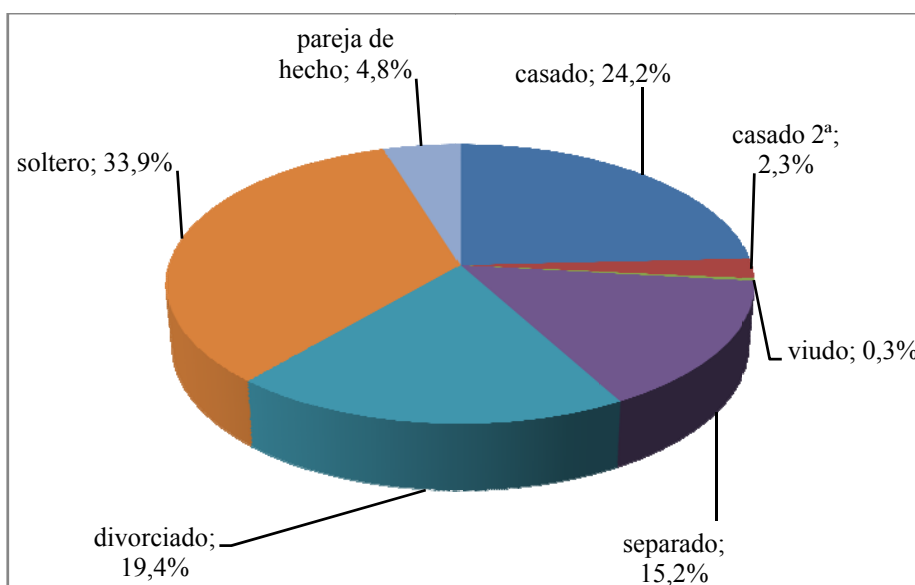
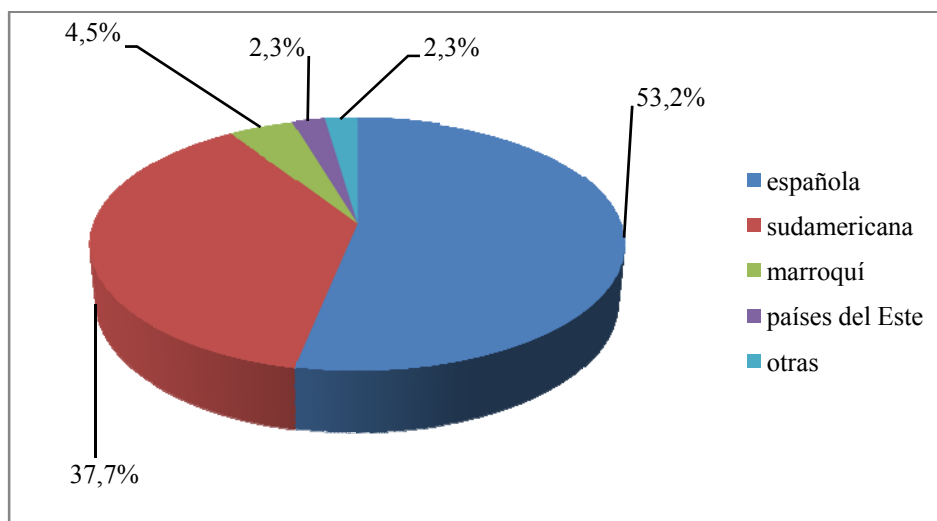


Gráfico 9.2. Distribución de la muestra en función del estado civil (n = 310).



Comentar en relación a la nacionalidad, que en torno a la mitad de la muestra son españoles (53,2%), mientras que del grupo de extranjeros, la mayoría de ellos son de países de Latinoamérica (37,7%) (véase Gráfico 9.3).

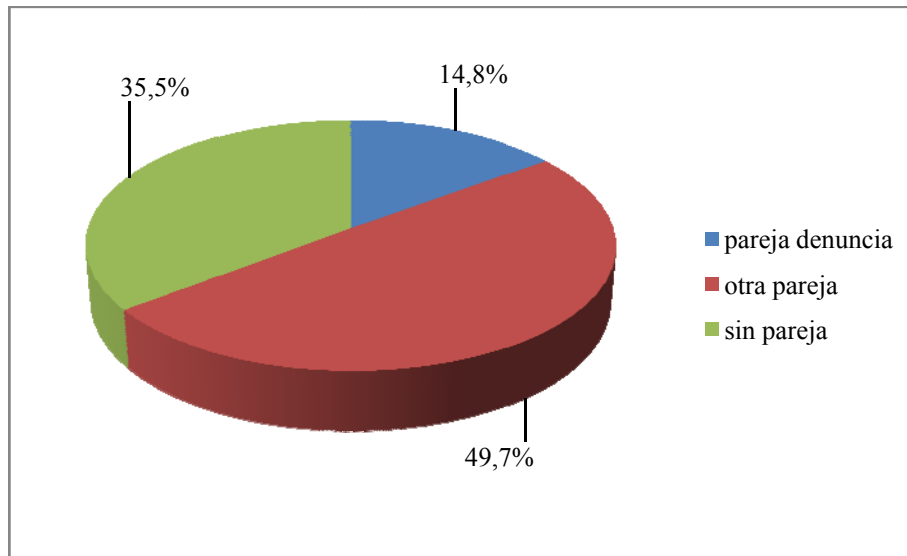
Gráfico 9.3. Distribución de la muestra en función de la nacionalidad (n = 310).



Analizando la variable profesión (véase Tabla 9.1), la profesiones mayoritarias, con un 72,9% de la muestra, se encuentran en la categoría “Construcción/ Hostelería/Industria”, seguido de parados (9,7%), profesionales liberales (7,7%) y administrativos (3,5%).

En relación a la pareja de los pacientes, al iniciar el tratamiento el 14,8% continuaban con la pareja que les denunció, el 49,7% tenían una pareja diferente y el 35,5% no tenían pareja (véase Gráfico 9.4).

Gráfico 9.4. Distribución de la muestra en función de la pareja de los sujetos al iniciar el programa (n = 310).



Por último, como podemos observar en el Gráfico 9.5, el 90,3% los hombres fueron condenados por violencia física, siendo las formas más frecuentes golpes, agarrones, tirones de pelo, zarandeos, etc., mientras que el 9,7% fueron condenados por violencia psicológica, principalmente amenazas e insultos.

Gráfico 9.5. Distribución de la muestra en función del tipo de delito (n = 310).

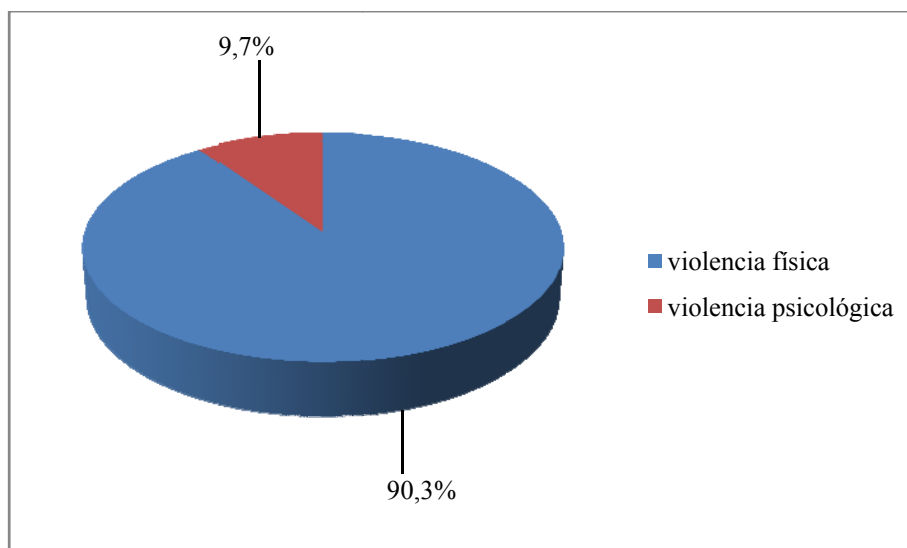


Tabla 9.1. Características socio-demográficas de la muestra.

		N	%
NIVEL DE ESTUDIOS	Primarios	129	41,6
	Secundarios	125	40,3
	Universitarios	56	18,1
ESTADO CIVIL	Casado	75	24,2
	Casado en segundas nupcias	7	2,3
	Viudo	1	0,3
	Separado	47	15,2
	Divorciado	60	19,4
	Soltero	105	33,9
	Parejas de hecho	15	4,8
NACIONALIDAD	Española	165	53,2
	Sudamericana	117	37,7
	Marroquí	14	4,5
	Países del Este	7	2,3
	Otras	7	2,3
PROFESIÓN	Profesional liberal	24	7,7
	Directivo	2	0,6
	Empresario	7	2,3
	Militar/Policiá	2	0,6
	Construcción/Hostelería/Industria	226	72,9
	Campesino	0	0
	Administrativo	11	3,5
	Ama de casa	0	0
	Parado	30	9,7
	Pensionista/Jubilado	7	2,3
	Otra	0	0
	Estudiante	1	0,3

9.2. Diseño

Para poder conseguir los objetivos planteados, el diseño de la investigación será, por un lado, un diseño de corte transversal ya que para determinar la existencia de diferentes tipos de maltratadores se utilizaron una serie de medidas obtenidas únicamente en el momento de la evaluación pretratamiento. Por otro lado, también se utiliza un diseño experimental factorial intergrupos, con dos variables independientes y medidas repetidas en una de ellas. El diseño será asimismo longitudinal, evaluando a todos los participantes en dos momentos temporales para analizar la eficacia del programa de intervención.

Las variables que se van a analizar para comprobar las hipótesis planteadas fueron las siguientes:

1. Hipótesis relativas a la tipología de los maltratadores:
 - a) Variables dependientes que se utilizarán para clasificar a los sujetos a partir de la similitud de sus puntuaciones en las mismas:
 - Agresividad general (no solo hacia la pareja) física.
 - Agresividad general verbal.
 - Irascibilidad general.
 - Hostilidad general.
 - Consumo de alcohol.
 - Características de personalidad límite.
 - Características de personalidad antisocial.
 - Características de psicopatía primaria.
 - Características de psicopatía secundaria.
 - Impulsividad.
 - Estado de ira.
 - Rasgo de ira.
 - Expresión y control de ira.

- Agresiones hacia la pareja (solo las escalas referentes a perpetración, es decir, lo que el agresor refiere haber hecho a su pareja):

- ✓ agresión psicológica menor,
- ✓ agresión psicológica severa,
- ✓ agresión física menor,
- ✓ agresión física severa,
- ✓ coerción sexual menor,
- ✓ coerción sexual severa,
- ✓ daño menor,
- ✓ daño severo.

2. Hipótesis relativas a la eficacia del tratamiento:

a) Variables independientes

- Para comparar la eficacia entre los diferentes tipos de maltratadores y el grupo control en lista de espera, las variables independientes son:

- ✓ Grupo de tratamiento, con cuatro valores: tratamiento grupal de maltratadores de riesgo bajo, tratamiento grupal de maltratadores de riesgo medio, tratamiento grupal de maltratadores de riesgo alto y no tratamiento (grupo de control en lista de espera).
- ✓ Momento de la evaluación, con dos valores: pretratamiento y postratamiento.

b) Variables dependientes:

➤ PSICOLÓGICAS:

- Ajuste con la pareja.
- Consenso con la pareja.

- Satisfacción con la pareja.
- Expresión de afecto hacia la pareja.
- Cohesión con la pareja.
- Características de personalidad límite.
- Características de personalidad límite: difusión de la identidad.
- Características de personalidad límite: comprobación de la realidad.
- Características de personalidad límite: defensas primitivas.
- Características de psicopatía.
- Características de psicopatía primaria
- Características de psicopatía secundaria.
- Impulsividad.
- Consumo de alcohol.
- Estado de ira.
- Rasgo de ira.
- Expresión interna de ira.
- Expresión externa de ira
- Control interno de ira.
- Control externo de ira.
- Agresiones hacia la pareja, en su doble vertiente, lo que el paciente considera que ha hecho a su pareja y lo que considera que su pareja le ha hecho a él:

- ✓ agresión psicológica,
- ✓ agresión física,
- ✓ coerción sexual,
- ✓ daños.

➤ REINCIDENCIA POLICIAL:

- Número de detenciones policiales por violencia de género producidas antes de la evaluación pretratamiento y después, entre 6-12 meses tras la finalización del programa de tratamiento (o periodo equivalente en lista de espera).

- Número de medidas judiciales impuestas antes de la evaluación pretratamiento y después, entre 6-12 meses tras la finalización del programa de tratamiento (o periodo equivalente en lista de espera). Estas medidas (controles específicos) son impuestas por los Juzgados de Violencia sobre la Mujer de la Comunidad de Madrid y tienen como objetivo proteger a la víctima en casos de violencia de género (por ejemplo, órdenes de alejamiento).

9.3. Medidas

Todas las medidas que se van a exponer a continuación, fueron tomadas por un terapeuta debidamente entrenado. La tabla 9.2 resume las medidas (por área de evaluación) y el momento del estudio en el que fueron tomadas.

Tabla 9.2. Protocolo de evaluación utilizado en los dos momentos de evaluación.

Categoría e Instrumentos	Pretratamiento (evaluación inicial)	Postratamiento (final de la intervención)
DATOS GENERALES		
▪ Recogida de información socio-demográfica	X	
CONDUCTA		
Agresión hacia la pareja		
▪ <i>Escala de Tácticas de Conflicto Revisada</i> CTS2	X	X
Consumo Alcohol		
▪ <i>Test de Identificación de Trastornos de Uso del Alcohol</i> (AUDIT)	X	X
▪ <i>Cuestionario CAGE</i>	X	X
Agresividad general		
▪ <i>Cuestionario de Agresión</i> (AQ)	X	
Relación de pareja		
▪ <i>Escala de Ajuste Diádico</i> (DAS)	X	X

Categoría e Instrumentos	Pretratamiento (evaluación inicial)	Postratamiento (final de la intervención)
CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD		
▪ <i>Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad</i>	X	X
▪ <i>Evaluación Autoinformada de los Trastornos de Personalidad según el DSM-IV R (SCID-II)</i>	X	X
▪ <i>Escala de Psicopatía Autoinformada de Levenson</i>	X	X
▪ <i>Escala de impulsividad de Plutchik</i>	X	X
▪ <i>Escala de Impulsividad de Barratt</i>	X	
EMOCIONES		
▪ <i>Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2)</i>	X	X
▪ <i>Cuestionario de Agresión (AQ)</i>	X	

- Recogida de información socio-demográfica: edad, estado civil, nacionalidad, profesión, nivel de estudios y pareja que mantienen en el momento de la evaluación: si es la pareja que les denunció, otra pareja diferente o si no tienen pareja en ese momento.

- Recogida de información referente al tipo de delito de violencia de género por el que fueron condenados. El delito puede ser de tres tipos: físico, psicológico y sexual (teniendo en cuenta la caracterización de estos tres tipos de violencia que hace la CTS2). Esta información se obtuvo de las sentencias aportadas por los pacientes, en concreto del apartado referente a los hechos probados.

- Recogida de información referente al nivel de reincidencia: tanto el número de detenciones policiales por violencia de género que presentan los pacientes, como el número de medidas (controles específicos) que los Juzgados de Violencia sobre la Mujer han interpuesto sobre estos pacientes con el objetivo de proteger a sus víctimas, fueron proporcionados por Instituciones Penitenciarias, de donde fueron derivados los pacientes a través del CIS Victoria Kent.

- *Escala de Tácticas de Conflicto Revisada (Conflict Tactics Scale, Revised, CTS2; Straus et al., 1996)*. El objetivo de este cuestionario es analizar comportamientos

violentos en las relaciones de pareja. Con esta escala podemos obtener 3 índices: prevalencia en el último año, prevalencia a lo largo de la vida y cronicidad o frecuencia anual. La medida utilizada en este estudio fue la frecuencia anual de los comportamientos medidos con este instrumento. El cuestionario consta en total de 78 ítems, pero en la presente tesis no se han utilizado las escalas de negociación, por lo que solo se han analizado 66 ítems. El coeficiente *alpha* de Cronbach para perpetración fue 0,83 y para victimización 0,88.

Tabla 9.3. Escalas analizadas de la CTS2.

ESCALA CTS2
Agresión psicológica <ul style="list-style-type: none">- Menor (insultar, gritar, chillar, dar un portazo) y severa (amenazas de daño, tirar algo contra la pareja)
Agresión física <ul style="list-style-type: none">- Menor (empujar, agarrar, tirar del pelo, abofetear) y severa (golpear con objetos contundentes, utilizar armas, dar patadas)
Coerción sexual <ul style="list-style-type: none">- Menor (insistir, sin violencia física, en mantener relaciones sexuales, a pesar de que la pareja no lo desee) y severa (violencia física o verbal para obligar a la pareja a mantener relaciones sexuales)
Daño <ul style="list-style-type: none">- Menor (consecuencias de tipo físico de las agresiones: cardenales, cortes, dolor físico) y severo (consecuencias de tipo físico de las agresiones que revisten mayor gravedad: tener que acudir al médico, fracturas)

- *Test de Identificación de Trastornos de Uso del Alcohol* (AUDIT; Saunders et al., 1993). Escala de 10 ítems que mide la cantidad y frecuencia del consumo de alcohol, dificultad para controlar la bebida, abandono de aficiones y síntomas de abstinencia, reacciones adversas como problemas en el funcionamiento derivados del consumo de alcohol y problemas relacionados con el consumo de alcohol. En este estudio, la fiabilidad, mediante el coeficiente *alpha* de Cronbach, fue de 0,77.

- *Cuestionario CAGE* (Ewing, 1984). Explora aspectos relacionados con el consumo de alcohol y la dependencia alcohólica a través de 4 preguntas: ¿ha tenido

usted alguna vez la impresión de que debería beber menos? ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber? ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber? ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca? En este estudio, la fiabilidad, mediante el coeficiente *alpha* de Cronbach, fue de 0,74.

- *Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad* (Oldham et al., 1985). Escala de 30 ítems cuyo objetivo es valorar características de personalidad límite. En concreto, valora 3 aspectos con las siguientes subescalas: *difusión de la identidad* (sentimiento subjetivo de incoherencia y una ausencia de la capacidad normal de autodefinición, lo que conlleva graves distorsiones en las relaciones interpersonales, en especial en las relaciones íntimas, falta de compromiso con el trabajo, falta de metas en otras áreas de su vida, etc.), *comprobación de la realidad* (capacidad del individuo para percibir adecuadamente la realidad) y *defensas primitivas* (mecanismos defensivos que el individuo, de manera inconsciente, pone en marcha para minimizar las consecuencias de situaciones excesivamente intensas y poder salvaguardar su estabilidad mental). La fiabilidad de la escala en este estudio, mediante el coeficiente *alpha* de Cronbach, fue de 0,80 para la subescala de *difusión de la identidad*, 0,81 para *comprobación de la realidad*, 0,84 para *defensas primitivas* y 0,93 para la escala total.

- *Evaluación Autoinformada de los Trastornos de Personalidad según el DSM-IV R* (SCID-II; First et al., 1999). Instrumento que evalúa la presencia o ausencia de los síntomas recogidos en el DSM IV para los diferentes trastornos de personalidad. En este estudio se administraron únicamente los ítems referentes a las escalas de personalidad límite y antisocial (15 ítems cada una de ellas), ya que son las que se asocian en mayor medida con las personas con problemas de agresión hacia la pareja. La fiabilidad de la escala calculada mediante el coeficiente *alpha* de Cronbach fue, en este estudio, 0,70 para la escala antisocial y 0,83 para la límite.

- *Escala de Psicopatía Autoinformada de Levenson* (Levenson, Kiehl y Fitzpatrick, 1995). Escala de 26 ítems que mide *psicopatía primaria* (actitudes egoístas, manipulativas) y *psicopatía secundaria* (conductas antisociales, impulsivas y desviadas). En este estudio, la fiabilidad mediante el coeficiente *alpha* de Cronbach para

la subescala de psicopatía primaria fue de 0,69, para la secundaria de 0,63 y para la escala total de 0,77.

- *Cuestionario de Agresión (AQ; Buss y Perry, 1992, adaptación española de Andreu, Peña y Graña, 2002)*. Este cuestionario de 29 ítems mide en general, no solo en el ámbito de las relaciones de pareja, agresividad y emociones relacionadas con la agresividad. En concreto, consta de 4 subescalas: Agresividad física, verbal, irascibilidad y hostilidad. En este estudio, la fiabilidad, mediante el coeficiente *alpha* de Cronbach, para agresividad física fue de 0,77, para agresividad verbal fue 0,69, para irascibilidad fue 0,79 y para hostilidad fue 0,79.

- *Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2; Spielberger, 1988, adaptación española de Miguel-Tobal et al., 2001)*. Inventario de 49 ítems que mide diferentes aspectos del constructo de ira: estado de ira (sentimientos de frustración y furia en el momento actual y necesidad de expresar ese malestar verbalmente o a través de conductas), rasgo de ira (tendencia a percibir distintas situaciones como enojosas o frustrantes y a responder a las mismas con un elevado estado de ira) y diferentes formas de expresión y control de ira (frecuencia con que se experimenta ira, se exprese o no externamente y frecuencia con que se intenta controlar la ira). En este estudio, la fiabilidad mediante el coeficiente *alpha* de Cronbach para la escala de estado de ira fue de 0,92, para la escala de rasgo de ira 0,86, para la escala de expresión y control de ira 0,74, para expresión interna 0,60, para expresión externa 0,74, para control interno 0,85 y para control externo 0,85.

- *Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt, 1995)*. Consta de 30 ítems y 3 subescalas: *impulsividad cognitiva* (incapacidad para concentrarse, no pensar o reflexionar mucho acerca de las cosas que van sucediendo, velocidad de pensamientos), *impulsividad motora* (decir o hacer algo sin pensarlo, incapacidad para mantenerse quieto) y, por último, *impulsividad no planeada* (incapacidad para planear las cosas con antelación, incapacidad para demorar las gratificaciones). En este estudio, la fiabilidad, mediante el coeficiente *alpha* de Cronbach, fue de 0,79.

- *Escala de impulsividad de Plutchik* (Plutchik y Van Praag, 1989). Escala de 15 ítems y 4 subescalas: *capacidad para planificar*, *control de los estados emocionales*, *control de las conductas de comer, gastar dinero o mantener relaciones sexuales* y *control de otras conductas*. En este estudio, la fiabilidad, mediante el coeficiente *alpha* de Cronbach, fue de 0,78.

- *Escala de Ajuste Diádico* (DAS; Spanier, 1976). Está compuesta por 32 ítems y evalúa el ajuste de las relaciones de pareja en diferentes áreas correspondientes a 4 subescalas: *Consenso* (evalúa con qué frecuencia la pareja está de acuerdo en temas como las finanzas familiares, religión, amistades), *Satisfacción* (si han considerado la posibilidad de divorciarse, si discuten con frecuencia, si confían en su pareja), *Cohesión* (evalúa si la pareja comparte aficiones, si se ríen juntos) y *Expresión de afectos* (la frecuencia con que mantienen relaciones sexuales, si se hacen demostraciones de afecto). La fiabilidad, mediante el coeficiente *alpha* de Cronbach para cada una de las subescalas en este estudio fue: 0,91 para Consenso, 0,84 para Satisfacción, 0,73 para Cohesión, 0,56 para Expresión de afecto y 0,93 para Ajuste diádico total.

9.4. Procedimiento

Los pacientes de este estudio son hombres condenados por delitos de violencia de género y remitidos por el Centro de Inserción Social Victoria Kent de Instituciones Penitenciarias, para participar en un programa de tratamiento psicológico para maltratadores, como medida alternativa a su entrada en prisión. Los terapeutas encargados de llevar a cabo tanto la evaluación psicológica, como la intervención grupal, eran psicólogos alumnos del Master en Psicología Clínica y de la Salud y del Master en Psicología Clínica Legal y Forense de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid (UCM), formados tanto en la aplicación del protocolo de evaluación como en el programa de tratamiento para maltratadores. Todas las fases del programa fueron llevadas a cabo en la Facultad de Psicología de la UCM (véase Tabla 9.4).

Tabla 9.4. Resumen de las distintas fases del programa de tratamiento.

Fase de evaluación pretratamiento	Fase de tratamiento grupal	Fase de evaluación postratamiento	Fase de seguimiento
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entre 1 y 2 meses (de 4 a 8 sesiones) con una sesión semanal de 60 minutos. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 5-12 meses, una sesión de terapia grupal semanal de 90 minutos (8 personas aproximadamente). ▪ 20 sesiones. ▪ Tras esta fase reciben el alta provisional. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Entre 2 y 3 sesiones de 60 minutos de duración, a razón de una sesión semanal en las 2-3 semanas posteriores a la finalización del tratamiento. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A los 6 meses tras la finalización del grupo de tratamiento. ▪ Una sesión de 2 horas de duración. ▪ Tras esta fase reciben el alta definitiva.

- Fase de evaluación pretratamiento

Esta fase consta de entre 4 a 8 sesiones semanales de 60 minutos de duración cada una. En primer lugar, el terapeuta se presenta y explica al paciente el contenido del consentimiento informado para que el paciente lo firme. En este consentimiento se explica en qué consiste el programa de intervención, las diferentes fases de las que consta y se exponen cuáles van a ser las normas fundamentales que van a regir el funcionamiento del mismo. Una vez firmado el consentimiento, el terapeuta recoge los datos sociodemográficos descritos en el apartado de medidas, pregunta por la pareja que el paciente tiene en la actualidad y revisa la sentencia aportada por el paciente, con el objetivo de poder determinar si el delito cometido es de tipo físico, psicológico o sexual. A partir de ahí, se procede a la administración de cada uno de los instrumentos descritos en el apartado de medidas, leyendo en voz alta al paciente las instrucciones, haciendo a modo de ejemplo con él el primer ítem de cada instrumento y solucionando aquellas dudas que le puedan surgir. Se le deja tiempo al paciente para que vaya contestando cada una de las pruebas, continuando el número de sesiones que sean necesarias hasta la finalización de las mismas, cuando se dará

por concluido el proceso de evaluación pretratamiento. Los cuestionarios administrados en esta fase están enumerados en la Tabla 9.2.

Una vez evaluados, los pacientes son asignados a grupo de tratamiento grupal, a terapia individual (aquellos casos en los que existía una problemática incompatible con su participación en una terapia de carácter grupal, por ejemplo diagnóstico de fobia social, o aquellos casos en los que a pesar de una alta motivación para participar en el programa, por circunstancias personales o laborales, sólo podían acudir cada quince días a terapia) o al grupo de control en lista de espera.

- **Fase de intervención grupal**

La fase de intervención grupal consta de 23 sesiones semanales, de 90 minutos de duración cada una, con grupos de 8 pacientes (iniciales). La duración va desde 6 meses hasta un año, en función del desarrollo del grupo y de la participación y motivación de los pacientes.

El programa de tratamiento parte de los principios del aprendizaje social, según el cual las conductas de maltrato hay que entenderlas dentro la interacción del individuo con su contexto social e interpersonal. De manera resumida, esta aproximación postula que:

- ✓ Las conductas agresivas son adquiridas y mantenidas a través de condicionamiento clásico, operante y aprendizaje vicario, como cualquier otro repertorio de conductas.
- ✓ Los maltratadores procesan la información de manera inadecuada (interpretaciones negativas de las conductas de la pareja e interpretaciones positivas de los beneficios de utilizar la violencia).
- ✓ Presentan déficits en sus habilidades sociales (comunicación y solución de problemas).
- ✓ No disfrutan siendo agresivos.
- ✓ Deben aceptar la responsabilidad de sus conductas violentas.

A partir de este planteamiento, se entiende que existen en el agresor una serie de variables, de tipo cognitivas, emocionales y relacionales/conductuales, que muy frecuentemente se han asociado al riesgo de agresión a la pareja y sobre las que se puede intervenir (véase capítulo de *Factores de riesgo asociados al maltrato*). Partiendo de una aproximación basada en el aprendizaje social y teniendo en cuenta las variables sobre las que se va a intervenir, el tratamiento grupal consistió en 7 módulos y un total de 23 sesiones. En la Tabla 9.5 se detallan los módulos, sesiones y objetivos fundamentales del programa de intervención.

Tabla 9.5. Objetivos generales del programa de intervención grupal.

MÓDULOS	OBJETIVOS GENERALES
<p>Módulo 1 Generando el contexto terapéutico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesión 1: Analizando la situación de abuso, empatizando con el agresor. ▪ Sesión 2: Medios de comunicación, sociedad y el concepto de “maltratador”. ▪ Sesión 3: Mi vivencia personal. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Construir un clima adecuado para el buen funcionamiento de la terapia, estableciendo una visión positiva del paso de los pacientes por el programa, como oportunidad para el desarrollo y crecimiento personal. ✓ Establecer una imagen totalmente separada de nuestra labor con respecto a la labor desarrollada por jueces, policías y abogados. ✓ Empatizar con su situación actual, comprendiéndoles y evitando hacer juicios de valor. ✓ Tomar conciencia de la responsabilidad que conllevan nuestras acciones y aceptarlas. ✓ Debatir sobre la ley de Violencia de Género y sobre el concepto de maltratador en los medios de comunicación, dentro de una sociedad que no tolera la violencia.
<p>Módulo 2 La violencia de género</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesión 1: Qué es la violencia (I). ▪ Sesión 2: Qué es la violencia (II). ▪ Sesión 3: Mi experiencia personal. ▪ Sesión 4: Mi responsabilidad ante la violencia. ▪ Sesión 5: Motivación al cambio. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dar a conocer el fenómeno de la violencia de género, desterrando las creencias erróneas que existen acerca de la violencia en el ámbito doméstico. ✓ Toma de conciencia de los episodios de maltrato desde una perspectiva personal, asumiendo la responsabilidad de los episodios violentos. ✓ Explicar la motivación al cambio según la rueda de cambio del Modelo Transteórico de Prochaska y Diclemente, comprometiéndose cada participante a distintas metas a lo largo del programa.

MÓDULOS	OBJETIVOS GENERALES
<p>Módulo 3</p> <p>La emociones implicadas en el maltrato</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesión 1: Las emociones: La ira. ▪ Sesión 2: Estrategias para el control de la ira. ▪ Sesión 3: Reconocer emociones: La empatía 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aprender a reconocer toda la variedad de emociones y cómo éstas influyen en nuestro comportamiento. ✓ Desarrollar estrategias para el control de la ira que corten la cadena conductual de la agresión. ✓ Conseguir que los participantes empaticen con la víctima, de forma que no se llegue a la agresión.
<p>Módulo 4</p> <p>Las creencias que sustentan el maltrato</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesión 1: Educación sobre la igualdad de género. ▪ Sesión 2: Identificar creencias irracionales. ▪ Sesión 3: Sustitución de pensamientos irracionales por pensamientos adaptativos. ▪ Sesión 4: Los celos patológicos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Comprender el papel que desempeñan las creencias irracionales respecto a los estereotipos de género. ✓ Identificar los errores cognitivos que están en la base de la percepción inadecuada de las relaciones de género y sustituirlos por pensamientos adaptativos.
<p>Módulo 5</p> <p>Habilidades en las relaciones interpersonales</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesión 1: Solución de problemas. ▪ Sesión 2: Comunicación constructiva. ▪ Sesión 3: Resolviendo conflictos. ▪ Sesión 4: Cuando existen problemas en la relación de pareja: el divorcio. ▪ Sesión 5: Mejorar el clima familiar entre padres e hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dotar de habilidades de solución de problemas alternativas al uso de la violencia. ✓ Concienciar del estilo de comunicación adoptado en las situaciones interpersonales. ✓ Aprender habilidades adecuadas para expresar emociones y sentimientos, desde el marco de una relación igualitaria. ✓ Proporcionar una visión realista de las relaciones de pareja, dotando de estrategias adecuadas para aceptar un proceso de separación y de divorcio. ✓ Sensibilizar sobre la importancia que tiene la educación de los hijos, como un proceso constructivo que dura toda la vida.

MÓDULOS	OBJETIVOS GENERALES
<p>Módulo 6</p> <p>Consumo de alcohol</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesión 1: Reducción del consumo de alcohol. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Detectar si existe un consumo abusivo del alcohol. ✓ Eliminar expectativas erróneas sobre el consumo, así como proporcionar información realista sobre el alcohol y sus efectos. ✓ Motivar para que se sometan a un tratamiento específico para el consumo de alcohol, en el caso de que fuera necesario.
<p>Módulo 7</p> <p>Construir una vida alternativa</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sesión 1: Mi valoración personal. ▪ Sesión 2: Prevención de recaídas. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fortalecer un adecuado conocimiento y valoración de sí mismos, adoptando una actitud de respeto hacia los demás. ✓ Motivar la consecución de metas personales, familiares, laborales, sociales, etc., como proyectos de futuro. ✓ Prevenir recaídas.

Cada una de las sesiones de las que consta el programa, tiene una estructura similar para facilitar su utilización y comprensión:

- *Objetivos específicos:* Se presentan de forma esquemática y concisa las metas concretas que se pretenden conseguir con el trabajo de la sesión.
- *Procedimiento y contenidos:* En este apartado se explica muy brevemente, y de forma general, la metodología a seguir de cara al logro de los objetivos propuestos, especificándose una serie de observaciones sobre la forma en la que debe desarrollarse la sesión de trabajo y la relación entre las actividades que se van a desarrollar.
- *Conceptos clave:* Se definen o explican aquellos conceptos que se consideran fundamentales dentro de cada una de las sesiones del programa, o aquellos que puedan aclarar el sentido o proporcionar información relevante sobre algún contenido específico de la sesión.
- *Actividades:* Se presenta una enumeración de las actividades que se llevarán a cabo dentro de la sesión.
- *Material:* Listado de los recursos y materiales didácticos que facilitarán o se necesitarán para el adecuado desarrollo de la sesión.

- *Desarrollo de la sesión:* En este apartado se expone de forma detallada y minuciosa la forma en la que el terapeuta dirige la sesión.

- **Fase de evaluación postratamiento**

Inmediatamente después de la fase de intervención grupal, se realizan entre 2 y 3 sesiones semanales de 1 hora de duración, donde se pide al paciente que conteste a aquellas pruebas especificadas en el apartado de medidas para la evaluación postratamiento. Los cuestionarios administrados en esta fase están enumerados en la Tabla 9.2.

En el caso de los pacientes en lista de espera, transcurridos 9 meses tras la evaluación pretratamiento pasan por la segunda evaluación (lo que correspondería a la evaluación postratamiento del grupo tratamiento) con las mismas características que se acaban de definir para el grupo de tratamiento.

9.5. Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos fueron realizados mediante el paquete estadístico *SPSS 15.0*. Se llevaron a cabo diferentes análisis en relación a los objetivos e hipótesis propuestos en este estudio. En primer lugar, se determinaron los índices de fiabilidad a través del coeficiente *alpha* de Cronbach para cada una de las escalas y subescalas utilizadas en el estudio en la evaluación pretratamiento.

En relación al primer objetivo, se realizó un análisis de conglomerados en 2 fases, procedimiento estadístico que permite encontrar agrupaciones de sujetos mediante la utilización de distintas variables. A través de esta técnica, se pretende que cada caso particular quede clasificado en una de las categorías o conglomerados resultantes del análisis. Las variables que se incluyeron en el análisis de conglomerados son las medidas de la evaluación pre tratamiento especificadas en el apartado Diseño.

Una vez encontrados los distintos conglomerados o tipos de maltratadores, se realizó un análisis de varianza de 1 factor (conglomerado de pertenencia) para comprobar que efectivamente los tipos de maltratadores resultantes del análisis de conglomerados, difieren de manera significativa entre ellos en las variables utilizadas para hacer la tipología. También se utilizaron comparaciones post-hoc, a través de la prueba de Bonferroni, para determinar qué grupos concretos son los que difieren. Para finalizar con el análisis de los distintos tipos de maltratadores, se llevó a cabo también una prueba *Chi-Cuadrado* de Pearson para comprobar que los diferentes grupos resultantes del análisis de conglomerados son equiparables a nivel de variables socio-demográficas (nivel de estudios, profesión, estado civil, nacionalidad) y tipo de pareja que mantienen en el momento de la evaluación pretratamiento, así como tipo de delito por el que han sido condenados. Para comprobar que los grupos no difieren de manera significativa en la variable edad, se llevó a cabo un ANOVA de 1 factor (conglomerado), al tratarse de una variable cuantitativa.

En relación a la eficacia del tratamiento, se comprobó la variación entre el pretratamiento y el postratamiento en aquellas variables dependientes especificadas en el apartado Diseño. Para ello, se realizó con cada una de las variables un ANOVA de 2 factores con medidas repetidas en un factor (o ANCOVA en el caso de que los grupos difieran de manera estadísticamente significativa en la variable edad). Por tanto, para comparar el grupo tratamiento (con tres niveles: riesgo bajo, medio y alto) con el grupo de control en lista de espera, el factor intergrupo es el grupo de pertenencia de los pacientes (riesgo bajo, medio, alto y control) y el factor intragrupo es el momento de la evaluación (pretratamiento frente a postratamiento).

Para comprobar si los diferentes grupos son equiparables a nivel socio-demográfico, se llevaron a cabo de nuevo pruebas *Chi-Cuadrado* de Pearson, así como análisis de varianza de 1 factor (grupo de pertenencia) en el caso de variables cuantitativas.

Por otro lado, para determinar en qué grupos se dieron los mayores cambios entre el pre y el postratamiento y determinar si los grupos difieren de manera significativa ya de inicio en el pretratamiento, o al final en el postratamiento, se utilizaron

comparaciones post-hoc a través de la prueba de Bonferroni, mediante la que determinamos en qué grupos concretos se dan diferencias en el caso de que existan.

Por último, en relación también a la eficacia de tratamiento, pero esta vez medido a través del nivel de reincidencia, se analizaron 2 variables: número de detenciones por violencia de género y número de medidas que el sistema judicial les han impuesto para proteger a sus víctimas. Con estas dos variables dependientes, se llevó a cabo de nuevo un ANOVA (o ANCOVA) de 2 factores con medidas repetidas en un factor, siendo el factor intergrupo el grupo de pertenencia (con 4 niveles) y el factor intragrupo el momento de la recogida de la información policial (con dos niveles: antes de la evaluación pretratamiento y después de la finalización del programa de tratamiento).

Capítulo 10

Resultados

10.1. Tipología de maltratadores en función de variables psicológicas medidas en el pretratamiento

Tras realizar el análisis de conglomerados, y teniendo en cuenta los 266 pacientes en tratamiento grupal, se obtuvieron 3 grupos de maltratadores con características psicológicas diferenciadas en el pretratamiento: un grupo de 19 pacientes que constituyen el 7,1% de la muestra, un grupo de 74 pacientes que constituyen el 27,8% y un tercer grupo de 173 pacientes que constituyen el 65% de la muestra de pacientes en tratamiento grupal.

Analizando las características sociodemográficas de los 3 conglomerados encontrados, los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas en relación a la edad ($p < .05$) donde la media de edad del grupo 3 (39,03 años) es significativamente mayor que la del 2 (35,09 años). En la Tabla 10.1 se muestran las diferencias existentes entre los 3 conglomerados en características sociodemográficas (nivel de estudios, profesión, nacionalidad, estado civil) así como en el tipo de delito por el que han sido condenados (violencia doméstica física o psicológica) y la pareja que mantienen en el momento de la evaluación pretratamiento (la misma que le denunció, otra pareja o no tienen pareja). Para ello, hemos agrupado las diferentes categorías laborales, de nacionalidad y estado civil, en categorías más amplias, para que los resultados tengan una mayor coherencia y poder llevar a cabo los análisis estadísticos correspondientes.

Los resultados de la prueba *Chi-Cuadrado* de Pearson indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de estas variables sociodemográficas, salvo en lo que se refiere a dos categorías de la variable profesión, donde los grupos sí diferían de manera estadísticamente significativa. En concreto, se encontró que en el conglomerado 3 hay mayor proporción de directivos/empresarios/funcionarios/administrativos que en los otros dos conglomerados, mientras que en el conglomerado 1 hay una mayor proporción de parados/pensionistas/jubilados que en el 2 y 3 ($\chi^2 = 15,28$, $p < .01$) (véase Tabla 10.1).

En cuanto al tipo de delito y a la pareja que tienen, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 conglomerados.

Por tanto, salvo en lo referente a la profesión y la edad, los tres conglomerados son equiparables a nivel socio-demográfico, tipo de delito, y pareja con la que tenían una relación al iniciar el programa de tratamiento psicológico.

Tabla 10.1. Distribución de variables sociodemográficas en función del conglomerado de pertenencia.

		C1 (n= 19)	C2 (n= 74)	C3 (n= 173)	F/χ²
EDAD (años)		36,89± 11,93	35,09± 9,71	39,03± 9,86	4,11* 2<3*
NACIONALIDAD	Española	57,9% (R.C.= 0,4)	50% (R.C.= -0,6)	53,8% (R.C.= 0,3)	5,69
	Sudamericana	42,1% (R.C.= 0,4)	44,6% (R.C.= 1,4)	34,7% (R.C.= -1,5)	
	Otras	0% (R.C.= -1,4)	5,4% (R.C.= -1,3)	11,6% (R.C.= 2)	
NIVEL DE ESTUDIOS	Primarios	57,9% (R.C.= 1,6)	41,9% (R.C.= 0,2)	38,7% (R.C.= -1)	4,61
	Secundarios	36,8% (R.C.= -0,4)	43,2% (R.C.= 0,5)	40,5% (R.C.= -0,2)	
	Universitarios	5,3% (R.C.= -1,5)	14,9% (R.C.= -0,8)	20,8% (R.C.= 1,6)	
PROFESIÓN	Directivos/ Empresarios/ Funcionarios/Administrativos	0% (R.C.= -1,9)	9,5% (R.C.= -1,6)	19,1% (R.C.= 2,5)	15,28* *
	Parados/Pensionistas/ Jubilados	36,8% (R.C.= 3,1)	12,2% (R.C.= -0,4)	11,6% (R.C.= -1,3)	
	Construcción/Hostelería/ Industria	63,2% (R.C.= -0,8)	78,4% (R.C.= 1,6)	69,4% (R.C.= -1)	
ESTADO CIVIL	Casados/Pareja de hecho	36,8% (R.C.= 0,6)	29,7% (R.C.= -0,3)	31,2% (R.C.= 0)	2,99
	Solteros	31,6% (R.C.= -0,3)	41,9% (R.C.= 1,6)	31,8% (R.C.= -1,3)	
	Viudos/Separados/ Divorciados	31,6% (R.C.= -0,3)	28,4% (R.C.= -1,2)	37% (R.C.= 1,3)	

		C1 (n= 19)	C2 (n= 74)	C3 (n= 173)	F/χ²
PAREJA	Pareja de la denuncia	0% (R.C.= -1,9)	16,2% (R.C.= 0,4)	15,6% (R.C.= 0,6)	6,31
	Otra pareja diferente	52,6% (R.C.= 0,2)	56,8% (R.C.= 1,3)	47,4% (R.C.= -1,3)	
	Sin pareja	47,4% (R.C.= 1,2)	27% (R.C.= -1,7)	37% (R.C.= 0,9)	
TIPO DE DELITO	Delito físico	100% (R.C.= 1,5)	89,2% (R.C.= -0,2)	89% (R.C.= -0,6)	2,31
	Delito psicológico	0% (R.C.= -1,5)	10,8% (R.C.= 0,2)	11% (R.C.= 0,6)	

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT) excepto en aquellos que se refieren a porcentajes.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

R.C. = residuos corregidos.

C1, C2 y C3 = Conglomerado 1, 2 y 3.

En la Tabla 10.2 se presentan las diferencias encontradas entre las variables psicológicas que han formado los conglomerados (agresividad física, agresividad verbal, irascibilidad, hostilidad, consumo de alcohol, características de personalidad límite, características de personalidad antisocial, características de psicopatía primaria, características de psicopatía secundaria, impulsividad, estado de ira, rasgo de ira, expresión y control de ira). Estas diferencias nos indican que los 3 conglomerados son distintos en todas estas medidas psicológicas, existiendo una graduación entre ellos, de menor a mayor nivel de desviación psicopatológica, o de menor a mayor nivel de riesgo de maltrato, por lo que a partir de este momento, se denominará al conglomerado 1 de *riesgo de maltrato alto*, al 2 de *riesgo medio* y al 3 de *riesgo bajo*.

Tabla 10.2. Diferencias en variables psicológicas entre los tres tipos de maltratadores.

	TIPOLOGÍA			F	Bonferroni
	RIESGO ALTO (1) (n= 19)	RIESGO MEDIO (2) (n= 74)	RIESGO BAJO (3) (n= 173)		
AGRESIVIDAD GENERAL					
AQ-Agresividad física	2,53±0,84	2,33±0,62	1,59±0,47	62,22***	1>3*** 2>3***
AQ-Agresividad verbal	2,96±0,78	2,69±0,70	1,86±0,61	57,38***	1>3*** 2>3***
AQ-Irascibilidad	2,95±0,72	2,67±0,72	1,61±0,46	120,63***	1>3*** 2>3***
AQ-Hostilidad	3,11±0,85	2,83±0,78	2,10±0,68	37,24***	1>3*** 2>3***
CONSUMO DE ALCOHOL					
AUDIT	11,90±7,11	6,95±5,17	4,53±3,43	29,14***	1>2*** 1>3*** 2>3***
CAGE	1,85±1,38	1,14±1,25	0,71±0,91	12,51***	1>2* 1>3*** 2>3*
PERSONALIDAD					
SCID II-Límite	8,05±3,43	5,50± 3	2,78±1,79	60,02***	1>2*** 1>3*** 2>3***
SCIDII-Antisocial	3,57±3,04	1,72±1,40	0,84±0,86	44,34***	1>2*** 1>3*** 2>3***
PSICOPATÍA					
Levenson-primaria	18,51±6,59	12,95±4,25	10,86±4,75	24,09***	1>2*** 1>3*** 2>3**
Levenson-secundaria	14,59±4,45	9,73±3,43	6,59±2,86	69,50***	1>2*** 1>3*** 2>3***
IMPULSIVIDAD					
Barratt	56,76±17,54	41,25±9,63	35,32±7,27	53,14***	1>2*** 1>3*** 2>3***

	RIESGO ALTO (1) (n= 19)	RIESGO MEDIO (2) (n= 74)	RIESGO BAJO (3) (n= 173)	F	Bonferroni
IRA					
STAXI-Ira estado	7,86±11,22	1,58±2,91	0,68±1,44	35,96***	1>2*** 1>3***
STAXI-Ira rasgo	13,18±5,60	8,86±4,73	4,41±2,59	78,48***	1>2*** 1>3*** 2>3***
STAXI-Expresión y control de ira	35,99±5,87	34,43±8	31,76±7,55	5,20**	2>3*

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

AQ-Agresividad física = subescala de Agresividad física del Cuestionario de Agresión (AQ); AQ-Agresividad verbal = subescala de Agresividad verbal del Cuestionario de Agresión (AQ); AQ-Irascibilidad = subescala de Irascibilidad del Cuestionario de Agresión (AQ); AQ-Hostilidad = subescala de Hostilidad del Cuestionario de Agresión (AQ); AUDIT = Test de Identificación de Trastornos de Uso del Alcohol (AUDIT); CAGE = Cuestionario CAGE; SCID II-Límite = subescala de Personalidad Límite de la Evaluación Autoinformada de los Trastornos de Personalidad según el DSM-IV R (SCID-II); SCID II-Antisocial = subescala de Personalidad Antisocial de la Evaluación Autoinformada de los Trastornos de Personalidad según el DSM-IV R (SCID-II); Levenson-primaria = subescala de Psicopatía primaria de la Escala de Psicopatía Autoinformada de Levenson; Levenson-secundaria = subescala de Psicopatía secundaria de la Escala de Psicopatía Autoinformada de Levenson; STAXI-Ira estado = subescala de Ira estado del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2); STAXI-Ira rasgo = subescala de Ira rasgo del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2); STAXI-Expresión y control de ira = subescala de Expresión y control de ira del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2); Barratt = Escala de Impulsividad de Barratt.

Como se puede observar en la Tabla 10.2, los tres tipos de maltratadores presentan diferencias estadísticamente significativas en todas las variables psicológicas presentadas en dicha tabla. De igual manera, respecto a las tácticas de conflicto utilizadas por los pacientes durante el último año de convivencia con la pareja que le denunció, también se encontraron diferencias significativas en todas las medidas de tácticas de conflicto ejercidas hacia la pareja (véase Tabla 10.3).

Tabla 10.3. Diferencias entre los tres tipos de maltratadores en la media de tácticas de conflicto perpetradas hacia la pareja en el último año de convivencia.

TIPOLOGÍA					
SUBESCALAS CTS2	RIESGO ALTO (1) (n= 19)	RIESGO MEDIO (2) (n= 74)	RIESGO BAJO (3) (n= 173)	F	Bonferroni
AGRESIÓN PSI.					
Menor	65,68±27,52	19,85±20,53	8,17±11,60	114,01***	1>2*** 1>3*** 2>3***
Severa	19,05±20,89	5,44±10,06	1,24±3,14	44,66***	1>2*** 1>3*** 2>3**
AGRESIÓN FÍSICA					
Menor	23,37±18,76	3,85±5,15	1,75±3,97	95,78***	1>2*** 1>3***
Severa	6,58±10,19	0,83±1,55	0,45±1,16	37,28***	1>2*** 1>3***
COERCIÓN SEXUAL					
Menor	5,63±8,99	3,09±7,59	0,46±1,48	15,17***	1>3*** 2>3***
Severa	2,84±7,86	0,03±0,18	0±0,05	16,66***	1>2*** 1>3***
DAÑO					
Menor	6,42±12,67	1,49±4,30	0,35±1,47	18,44***	1>2*** 1>3***
Severo	5,58±9,34	0,94±3,68	0,10±0,34	26,45***	1>2*** 1>3***

Nota. Los datos corresponden a la media de episodios en el último año de convivencia con la pareja ± desviación típica (DT).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Subescalas CTS2 = subescalas de la Escala de Tácticas de Conflicto Revisada CTS2; Agresión Psi. =

Subescala de Agresión Psicológica de la Escala de Tácticas de Conflicto Revisada CTS2.

10.2. Eficacia del tratamiento sobre las variables psicológicas. Comparación de los resultados de los tres tipos de maltratadores frente a los del grupo de control

En primer lugar se analizan si los 4 grupos, los 3 tipos de maltratadores en tratamiento grupal y el grupo de control en lista de espera, difieren a nivel de variables socio-demográficas y a nivel de tipo de delito cometido y relación de pareja que mantienen. Como se puede observar en la Tabla 10.4 los resultados indican que los 4 grupos presentan diferencias significativas en relación a la edad ($F = 4,09, p < .01$), en concreto, la media de edad del grupo de riesgo medio (35,09 años) es significativamente menor que la del grupo de riesgo bajo (39,03 años) y la del grupo de control (41,14 años).

Analizando el resto de variables socio-demográficas, la prueba *Chi-Cuadrado* de Pearson indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en ninguna de estas variables, salvo en lo que se refiere a dos categorías de la variable profesión, donde los grupos sí difieren de manera estadísticamente significativa, en concreto, se encontró que en el grupo de riesgo bajo hay mayor proporción de directivos/empresarios/funcionarios/administrativos que en los otros dos grupos, mientras que en el grupo de riesgo alto hay una mayor proporción de parados/pensionistas/jubilados que en los otros dos ($\chi^2 = 19,30, p < .01$) (véase Tabla 10.4). En cuanto al tipo de delito y a la pareja que tienen, no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos.

Tabla 10.4. Distribución de variables socio-demográficas en función del grupo de pertenencia.

		RIESGO ALTO (n= 19)	RIESGO MEDIO (n= 74)	RIESGO BAJO (n= 173)	CONTROL (n= 44)	<i>F/χ²</i>
EDAD (años)		36,89± 11,93	35,09± 9,71	39,03± 9,86	41,14±10,60	4,09** 2<3* 2<4*
NACIONALIDAD	Española	57,9% (R.C.= 0,4)	50% (R.C.= -0,6)	53,8% (R.C.= 0,2)	54,5% (R.C.= 0,2)	5,73
	Sudamericana	42,1% (R.C.= 0,4)	44,6% (R.C.= 1,4)	34,7% (R.C.= -1,2)	36,4% (R.C.= -0,2)	
	Otras	0% (R.C.= -1,4)	5,4% (R.C.= -1,2)	11,6% (R.C.= 1,7)	9,1% (R.C.= 0)	
NIVEL DE ESTUDIOS	Primarios	57,9% (R.C.= 1,5)	41,9% (R.C.= 0,1)	38,7% (R.C.= -1,2)	45,5% (R.C.= 0,6)	4,96
	Secundarios	36,8% (R.C.= -0,3)	43,2% (R.C.= 0,6)	40,5% (R.C.= 0,1)	36,4% (R.C.= -0,6)	
	Universitarios	5,3% (R.C.= -1,5)	14,9% (R.C.= -0,8)	20,8% (R.C.= 1,4)	18,2% (R.C.= 0)	
PROFESIÓN	Directivos/ Empresarios/ Funcionarios/ Administrativos	0% (R.C.= -1,9)	9,5% (R.C.= -1,5)	19,1% (R.C.= 2,4)	13,6% (R.C.= -0,2)	19,30**
	Parados/Pensionistas/ Jubilados	36,8% (R.C.= 3,4)	12,2% (R.C.= 0)	11,6% (R.C.= -0,4)	4,5% (R.C.= -1,7)	
	Construcción/Hostelería/ Industria	63,2% (R.C.= -1)	78,4% (R.C.= 1,2)	69,4% (R.C.= -1,6)	81,8% (R.C.= 1,4)	
ESTADO CIVIL	Casados/Pareja de hecho	36,8% (R.C.= 0,5)	29,7% (R.C.= -0,3)	31,2% (R.C.= 0)	31,8% (R.C.= 0,1)	3,51
	Solteros	31,6% (R.C.= -0,2)	41,9% (R.C.= 1,7)	31,8% (R.C.= -0,9)	29,5% (R.C.= -0,7)	
	Viudos/Separados/ Divorciados	31,6% (R.C.= -0,3)	28,4% (R.C.= -1,3)	37% (R.C.= 0,9)	38,6% (R.C.= 0,6)	
PAREJA	Pareja de la denuncia	0% (R.C.= -1,9)	16,2% (R.C.= 0,4)	15,6% (R.C.= 0,6)	15,9% (R.C.= 0,2)	6,62
	Otra pareja diferente	52,6% (R.C.= 0,3)	56,8% (R.C.= 1,4)	47,4% (R.C.= -0,9)	45,5% (R.C.= -0,6)	
	Sin pareja	47,4% (R.C.= 1,1)	27% (R.C.= -1,7)	37% (R.C.= 0,6)	38,6% (R.C.= 0,5)	

		RIESGO ALTO (n= 19)	RIESGO MEDIO (n= 74)	RIESGO BAJO (n= 173)	CONTROL (n= 44)	<i>F/χ²</i>
TIPO DE DELITO	Delito físico	100% (R.C.= 1,5)	89,2% (R.C.= -0,4)	89% (R.C.= -0,9)	93,2% (R.C.= 0,7)	2,89
	Delito psicológico	0% (R.C.= -1,5)	10,8% (R.C.= 0,4)	11% (R.C.= 0,9)	6,8 (R.C.= -0,7)	

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (*DT*) excepto en aquellos que se refieren a porcentajes.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

R.C. = residuos corregidos.

Analizando las distintas variables psicológicas sobre las que se va a estudiar el efecto del tratamiento, la Tabla 10.5 muestra las diferencias encontradas en agresividad hacia la pareja, ajuste de la relación de pareja, características de personalidad límite, características de psicopatía, ira, impulsividad y consumo de alcohol.

Tabla 10.5. Características psicológicas de los maltratadores de riesgo alto, medio, bajo y grupo de control en la evaluación pretratamiento.

	RIESGO ALTO (1) (n= 19)	RIESGO MEDIO (2) (n= 74)	RIESGO BAJO (3) (n= 173)	GRUPO CONTROL (4) (n= 44)	F	Bonfe-rroni
TÁCTICAS DE CONFLICTO-CTS2 PERPETRACIÓN						
Agresión Psicológica	84,74±39,19	25,30±27,49	9,40±12,62	15,43±25,04	75,49 ***	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3***
Agresión Física	29,95±23,14	4,69±5,90	2,20±4,31	6,25±18,36	45,26 ***	1>2*** 1>3*** 1>4***
Coerción Sexual	8,47±14,19	3,12±7,66	0,46±1,48	1,84±6,10	13,26 ***	1>2** 1>3*** 1>4*** 2>3***
Daño	12±17,05	2,43±6,08	0,45±1,57	1,68±6,06	26,87 ***	1>2*** 1>3*** 1>4***
TÁCTICAS DE CONFLICTO-CTS2 VICTIMIZACIÓN						
Agresión Psicológica	77,51±36,67	34,60±39,24	21,49±29,31	20,36±33,22	18,34 ***	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3*
Agresión Física	44±35,32	12,17±29,50	7,45±21,69	6,45±19,19	13,31 ***	1>2*** 1>3*** 1>4***
Coerción Sexual	13,53±31,42	3,11±12,86	0,66±3,08	0,55±2,35	9,71 ***	1>2** 1>3*** 1>4***
Daño	4,26±6,72	1,90±4,27	0,97±2,97	1,89±4,86	4,59 **	1>3**
CONSUMO DE ALCOHOL						
AUDIT	11,90±7,11	6,95±5,17	4,53±3,43	5,68±5,74	17,52 ***	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3**
CAGE	1,85±1,38	1,14±1,25	0,71±0,91	1±1,33	7,77 ***	1>3*** 1>4* 2>3*
AJUSTE DIÁDICO						
Consenso	43,84±11,63	47,07±11,40	48,29±12,33	51,18±9,20	2,07	
Satisfacción	24,88±6,94	30,16±7,58	31,69±9,22	32,50±8,06	4,29 **	1<3** 1<4**
Expresión de afecto	8,54±2,50	9,22±2,44	9,48±2,22	9,61±1,89	1,29	
Cohesión	12,29±5,18	13,38±4,45	12,99±5,04	12,22±5,04	0,63	
Ajuste diádico total	89,54±21,35	99,82±21,85	102,46±24,68	105,50±19,70	2,35	

	RIESGO ALTO (1) (n= 19)	RIESGO MEDIO (2) (n= 74)	RIESGO BAJO (3) (n= 173)	GRUPO CONTROL (4) (n= 44)	F	Bonfe- roni
PERSONALIDAD LÍMITE						
Escala total	42,61±19,21	24,29±14,01	13,27±7,81	16,83±15,90	44,20 ***	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3*** 2>4**
Difusión identidad	14,38±7,49	7,93±4,99	4,31±3,14	4,91±5,25	38,46 ***	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3*** 2>4**
Comprobación realidad	10,60±7,53	5,28±4,49	2,64±2,45	4,11±4,44	29,65 ***	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3***
Defensas primitivas	17,63±6,52	10,08±5,77	6,33±3,74	7,81±7,19	37,95 ***	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3*** 2>4**
PSICOPATÍA						
Levenson-primaria	18,51±6,59	12,95±4,25	10,86±4,75	12,99±6,57	14,76 ***	1>2*** 1>3*** 1>4** 2>3*
Levenson-secundaria	14,59±4,45	9,73±3,43	6,59±2,86	7,99±4,29	41,43 ***	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3*** 2>4*
Escala total	33,10±9,82	22,69±6,21	17,46±6,28	20,99±9,59	33,01 ***	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3*** 3<4*
IMPULSIVIDAD						
Plutchik	21,10±6,26	14,67±6,03	9,78±4,73	12,04±7,44	31,39 ***	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3***
IRA-STAXI2						
Estado de Ira	7,86±11,22	1,58±2,91	0,68±1,44	1,25±2,74	25,40 ***	1>2*** 1>3*** 1>4***
Rasgo de Ira	13,18±5,60	8,86±4,73	4,41±2,59	6,02±3,89	51,06 ***	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3*** 2>4***
Expresión interna de Ira	8,99±3,07	6,52±2,70	4,94±2,42	6,27±3,55	16,67 ***	1>2** 1>3*** 1>4** 2>3*** 3<4*
Expresión externa de Ira	8,18±3,67	4,52±2,95	2,59±1,77	3,28±2,79	37,26 ***	1>2*** 1>3*** 1>4*** 2>3*** 2>4*

	RIESGO ALTO (1) (n= 19)	RIESGO MEDIO (2) (n= 74)	RIESGO BAJO (3) (n= 173)	GRUPO CONTROL (4) (n= 44)	F	Bonfe- rroni
IRA-STAXI2						
Control interno de Ira	8,98±4,09	10,79±4,18	10,48±4,45	10,41±4,40	0,87	
Control externo de Ira	9,38±3,59	12,60±3,42	13,75±3,27	12,96±3,89	8,43 ***	1<2* 1<3*** 1<4**

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

AUDIT = Test de Identificación de Trastornos de Uso del Alcohol (AUDIT); CAGE = Cuestionario CAGE; Levenson-primaria = subescala de Psicopatía primaria de la Escala de Psicopatía Autoinformada de Levenson; Levenson-secundaria = subescala de Psicopatía secundaria de la Escala de Psicopatía Autoinformada de Levenson; Escala total = escala total de Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad; Difusión identidad = subescala de Difusión de la identidad de la Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad; Comprobación realidad = subescala de Comprobación de la realidad de Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad; Defensas primitivas = subescala de defensas primitivas de la Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad; Plutchik = Escala de impulsividad de Plutchik; STAXI-2 = Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo; CTS2 = Escala de Tácticas de Conflicto Revisada.

10.2.1. Eficacia sobre las tácticas de conflicto en la relación de pareja (agresividad hacia la pareja)

La Tabla 10.6 muestra los resultados del ANCOVA (controlando la variable edad) sobre las subescalas de la CTS2 (perpetración), así como las medias en dichas subescalas de cada uno de los 4 grupos en el pre y el postratamiento.

En relación al efecto del factor grupo, se observó un efecto estadísticamente significativo en todas las subescalas analizadas: Agresión Psicológica ($F = 70,16$; $p < .001$), Agresión física ($F = 30,35$; $p < .001$), Coerción sexual ($F = 9,40$; $p < .001$) y Daño ($F = 25,82$; $p < .001$) (véase Tabla 10.6).

El efecto del factor momento de la evaluación fue significativo para Agresión Psicológica ($F = 36,54$; $p < .001$), Agresión física ($F = 33,39$; $p < .001$) y Coerción sexual ($F = 7,35$; $p < .01$) (véase Tabla 10.6).

Por último, el efecto de la interacción fue significativo para todas las subescalas: Agresión Psicológica ($F = 56,53$; $p < .001$), Agresión física ($F = 37,57$; $p < .001$), Coerción sexual ($F = 12,25$; $p < .001$) y Daño ($F = 17,90$; $p < .001$) (véase Tabla 10.6).

Tabla 10.6. Medias de los grupos de pacientes en la Escala de Tácticas de Conflicto Revisada perpetración (CTS2) en el pretratamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias.

Grupos	A. Psicológica Pre	A. Psicológica Post
Riesgo alto (N= 19)	84,67 ± 39,19	12,72 ± 16,24
Riesgo medio (N= 74)	25,14 ± 27,49	4,36 ± 7,91
Riesgo bajo (N= 173)	9,44 ± 12,62	3,12 ± 8,55
Control (N=44)	15,58 ± 25,04	7,69 ± 8,41

Grupo: $F_{(3,305)} = 70,16$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,408$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 36,54$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,107$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 56,53$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,357$

Grupos	A. Física Pre	A. Física Post
Riesgo alto (N= 19)	29,75 ± 23,14	0,72 ± 1,37
Riesgo medio (N= 74)	4,23 ± 5,90	0,96 ± 3,47
Riesgo bajo (N= 173)	2,31 ± 4,31	1,62 ± 7,23
Control (N=44)	6,66 ± 18,36	1,23 ± 2,16

Grupo: $F_{(3,305)} = 30,35$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,230$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 33,39$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,099$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 37,57$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,270$

Grupos	C. Sexual Pre	C. Sexual Post
Riesgo alto (N= 19)	8,46 ± 14,19	0,54 ± 1,31
Riesgo medio (N= 74)	3,09 ± 7,66	0,54 ± 2,24
Riesgo bajo (N= 173)	0,47 ± 1,48	0,57 ± 2,96
Control (N=44)	1,88 ± 6,10	0,65 ± 2,21

Grupo: $F_{(3,305)} = 9,40$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,085$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 7,35$; $p < .01^{**}$; $\eta^2 = 0,024$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 12,25$; $p < .001^{***}$; $\eta^2 = 0,108$

Grupos	Daño Pre	Daño Post
Riesgo alto (N= 19)	12,02 ± 17,05	1,55 ± 5,75
Riesgo medio (N= 74)	2,47 ± 6,08	0,40 ± 2,03
Riesgo bajo (N= 173)	0,44 ± 1,57	0,50 ± 2,70
Control (N=44)	0,74 ± 3,78	0,42 ± 0,61

Grupo: $F_{(3,305)} = 25,82$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,203$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 2,03$; $p = 0,16$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,007$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 17,90$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,150$

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT); * $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$; η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial; CTS2 = Escala de Tácticas de Conflicto Revisada; A. Psicológica = subescala de la CTS2 *Agresión psicológica*; A. Física = subescala de la CTS2 *Agresión física*; C. Sexual = subescala de la CTS2 *Coerción sexual*; Daño = subescala de la CTS2 *Daño*.

Analizando la interacción entre el grupo y el momento de la evaluación, mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observa que en el grupo de riesgo alto, hay una reducción estadísticamente significativa entre las puntuaciones pre y postratamiento en todas las subescalas analizadas. Mientras que en el grupo de riesgo medio también se producen reducciones significativas en todas ellas, aunque las reducciones son menores que en el de riesgo alto. Por último, resaltar que tanto el grupo de riesgo bajo como el control también tuvieron reducciones significativas en la subescala de Agresión psicológica y Agresión física respectivamente (véase Tabla 10.7). En cuanto al tamaño del efecto, el efecto del programa sobre las 4 variables, ha sido mayor en el grupo de riesgo alto en comparación con los otros dos, asimismo, también fue mayor en el grupo de riesgo medio que en el de riesgo bajo para las 4 variables (véase Tabla 10.7).

Tabla 10.7. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en la Escala de Tácticas de Conflicto Revisada perpetración (CTS2).

	Riesgo alto (N= 19)	Riesgo medio (N= 74)	Riesgo bajo (N= 173)	Control (N=44)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
A. Psicológica	-71,95*** $F_{(1,305)}= 212,78***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,41$	-20,78*** $F_{(1,305)}= 67,58***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,18$	-6,33*** $F_{(1,305)}= 14,94***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,05$	-7,89 $F_{(1,305)}= 5,86*$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,02$
A. Física	-29,03*** $F_{(1,305)}= 129,82***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,30$	-3,27* $F_{(1,305)}= 6,26*$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,02$	-0,69 $F_{(1,305)}= 0,67$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0$	-5,44** $F_{(1,305)}= 10,44**$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,03$
C. sexual	-7,92*** $F_{(1,305)}= 34,50***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,10$	-2,55*** $F_{(1,305)}= 13,57***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,04$	0,09 $F_{(1,305)}= 0,05$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0$	-1,22 $F_{(1,305)}= 1,88$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,01$
Daño	-10,46*** $F_{(1,305)}= 56,41***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,16$	-2,07** $F_{(1,305)}= 8,43**$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,03$	0,06 $F_{(1,305)}= 0,02$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0$	-0,32 $F_{(1,305)}= 0,12$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0$

Nota: los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del pretratamiento y el postratamiento en cada una de las subescalas.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

CTS2 = Escala de Tácticas de Conflicto Revisada; A. Psicológica = subescala de la CTS2 *Agresión psicológica*; A. Física = subescala de la CTS2 *Agresión física*; C. Sexual = subescala de la CTS2 *Coerción sexual*; Daño = subescala de la CTS2 *Daño*.

Analizando, también con comparaciones post-hoc, las puntuaciones en el postratamiento de cada uno de los grupos, observamos que sólo existen diferencias significativas en Agresión Psicológica entre el grupo de riesgo alto y medio (12,72 vs. 4,36, $p<.05$), entre el grupo de riesgo alto y bajo (12,72 vs. 3,12, $p<.01$) y entre el de riesgo bajo y el control (3,12 vs. 7,69, $p<.01$) (véase Tabla 10.6).

En relación a los resultados del ANCOVA (controlando el efecto de la variable edad) sobre las subescalas de la CTS2 Victimización, los resultados obtenidos se muestran en la Tabla 10.8.

El efecto del factor grupo fue estadísticamente significativo en Agresión Psicológica ($F = 16,62$; $p<.001$), Agresión física ($F = 8,97$; $p<.001$) y Coerción sexual ($F = 5,50$; $p<.01$) (véase Tabla 10.8). El efecto del factor momento de la evaluación fue significativo para Agresión Psicológica ($F = 6,88$; $p<.01$) y Agresión física ($F = 5,42$; $p<.05$) (véase Tabla 10.8). Y el efecto de la interacción fue significativo para las subescalas Agresión Psicológica ($F = 17,29$; $p<.001$), Agresión física ($F = 11,46$; $p<.001$) y Coerción sexual ($F = 7,37$; $p<.001$) (véase Tabla 10.8).

Tabla 10.8. Medias de los grupos de pacientes en la Escala de Tácticas de Conflicto Revisada victimización (CTS2) en el pretatamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias.

Grupos	A. Psicológica Pre	A. Psicológica Post
Riesgo alto (N= 19)	77,87 ± 77,51	14,51 ± 14,39
Riesgo medio (N= 74)	35,43 ± 34,60	6,43 ± 6,14
Riesgo bajo (N= 173)	21,29 ± 21,49	5,18 ± 5,25
Control (N=44)	19,61 ± 20,36	19,53 ± 19,79

Grupo: $F_{(3,305)} = 16,62$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,140$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 6,88$; $p < .01^{**}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,022$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 17,29$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,145$

Grupos	A. Física Pre	A. Física Post
Riesgo alto (N= 19)	43,99 ± 35,32	2,54 ± 4,72
Riesgo medio (N= 74)	12,14 ± 29,50	2,09 ± 7,52
Riesgo bajo (N= 173)	7,46 ± 21,69	3,31 ± 16,29
Control (N=44)	6,49 ± 19,19	5,83 ± 13,25

Grupo: $F_{(3,305)} = 8,97$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,081$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 5,42$; $p < .05^{*}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,017$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 11,46$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,101$

Grupos	C. Sexual Pre	C. Sexual Post
Riesgo alto (N= 19)	13,53 ± 31,42	0,33 ± 1,16
Riesgo medio (N= 74)	3,13 ± 12,86	0,33 ± 1,95
Riesgo bajo (N= 173)	0,66 ± 3,08	1,14 ± 9,71
Control (N=44)	0,53 ± 2,35	0,37 ± 1,92

Grupo: $F_{(3,305)} = 5,50$; $p < .01^{**}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,051$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 0,83$; $p = 0,36$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,003$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 7,37$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,068$

Grupos	Daño Pre	Daño Post
Riesgo alto (N= 19)	4,22 ± 6,72	1,38 ± 5,73
Riesgo medio (N= 74)	1,79 ± 4,27	0,72 ± 3,67
Riesgo bajo (N= 173)	1 ± 2,97	0,88 ± 4,82
Control (N=44)	1,99 ± 4,86	0,75 ± 1,26

Grupo: $F_{(3,305)} = 2,53$; $p = 0,057$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,024$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 1,09$; $p = 0,30$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,004$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 1,59$; $p = 0,19$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,015$

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

CTS2 = Escala de Tácticas de Conflicto Revisada; A. Psicológica = subescala de la CTS2 *Agresión psicológica*; A. Física = subescala de la CTS2 *Agresión física*; C. Sexual = subescala de la CTS2 *Coerción sexual*; Daño = subescala de la CTS2 *Daño*.

Al analizar mediante comparaciones post-hoc en qué grupos concretos se producen los cambios significativos entre pre y postratamiento, observamos que en el grupo de riesgo alto se produce una reducción significativa de la victimización en todas la subescalas. En el grupo de riesgo medio se producen reducciones significativas de la victimización en las subescalas de Agresión psicológica y Agresión física, aunque las reducciones son menores que las que se dan en el grupo de riesgo alto. En el grupo de riesgo bajo también se produce una reducción significativa en dos subescalas: Agresión psicológica y Agresión física, aunque las reducciones son menores que las del grupo de riesgo medio y alto. Por último, en el grupo de control no se produjeron diferencias significativas entre el pre y el postratamiento para ninguna de las subescalas analizadas (véase Tabla 10.9). Analizando el tamaño del efecto del programa en cada una de las 4 variables, el tamaño del efecto es mayor en el grupo de riesgo alto, en comparación con los otros dos grupos, en las 4 variables, salvo en Daño, donde el tamaño del efecto fue igual ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$) para el grupo de riesgo alto y el de riesgo medio. Por otro lado, el efecto también fue mayor en el de riesgo medio en comparación con el grupo de riesgo bajo en las 4 variables.

Tabla 10.9. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en la Escala de Tácticas de Conflicto Revisada victimización (CTS2).

	Riesgo alto (N= 19)	Riesgo medio (N= 74)	Riesgo bajo (N= 173)	Control (N=44)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
A. Psicológica	-63,36*** $F_{(1,305)}= 65,25***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,18$	-28,99*** $F_{(1,305)}= 52,05$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,15$	-16,11*** $F_{(1,305)}= 38,32$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,11$	-0,08 $F_{(1,305)}= 0$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0$
A. Física	-41,45*** $F_{(1,305)}= 42,90***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,12$	-10,05** $F_{(1,305)}= 9,61**$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,03$	-4,15* $F_{(1,305)}= 3,91*$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,01$	-0,65 $F_{(1,305)}= 0,02$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0$
C. sexual	-13,21*** $F_{(1,305)}= 21,32***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,07$	-2,80 $F_{(1,305)}= 3,34$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,01$	0,48 $F_{(1,305)}= 0,26$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0$	-0,16 $F_{(1,305)}= 0,01$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0$
Daño	-2,84* $F_{(1,305)}= 4,38*$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,01$	-1,07 $F_{(1,305)}= 2,36$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,01$	-0,12 $F_{(1,305)}= 0,07$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0$	-1,24 $F_{(1,305)}= 1,90$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,01$

Nota: los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del pretratamiento y el postratamiento en cada una de las subescalas.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

CTS2 = Escala de Tácticas de Conflicto Revisada; A. Psicológica = subescala de la CTS2 *Agresión psicológica*; A. Física = subescala de la CTS2 *Agresión física*; C. Sexual = subescala de la CTS2 *Coerción sexual*; Daño = subescala de la CTS2 *Daño*.

Analizando las puntuaciones en el postratamiento, a través de comparaciones post-hoc (Bonferroni), observamos que sólo existen diferencias significativas en Agresión Psicológica entre el grupo de riesgo medio y el control (6,43 vs. 19,53, $p < .01$) y entre el grupo de riesgo bajo y el control (5,18 vs. 19,53, $p < .001$) (véase Tabla 10.8).

10.2.2. Eficacia sobre el consumo de alcohol

En la Tabla 10.10 podemos observar las medias de los 4 grupos en el pretratamiento y en el postratamiento en consumo de alcohol (medido con el cuestionario AUDIT y el cuestionario CAGE). Cuando se analizaron dichas medias con un ANCOVA (controlando la variable edad) se encontró que el efecto de la interacción

grupo por momento de la evaluación no fue estadísticamente significativo para ninguna de las dos medidas, mientras que el efecto del factor grupo fue significativo tanto para el AUDIT ($F = 18,34; p < .001$) como para el CAGE ($F = 19,52; p < .001$), así como el efecto del factor momento de la evaluación que también fue significativo para ambas medidas: AUDIT ($F = 12,69; p < .001$) y cuestionario CAGE ($F = 7,65; p < .01$) (véase Tabla 10.10).

Tabla 10.10. Medias de los grupos de pacientes en el Test de Identificación de Trastornos de Uso del Alcohol (AUDIT) y el Cuestionario CAGE en el pretratamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias.

Grupos	AUDIT Pre	AUDIT Post
Riesgo alto (N= 19)	11,84 ± 7,11	8,21 ± 7,22
Riesgo medio (N= 74)	6,81 ± 5,17	4,72 ± 4,38
Riesgo bajo (N= 173)	4,56 ± 3,43	3,20 ± 2,75
Control (N=44)	5,81 ± 5,74	4,33 ± 5,97

Grupo: $F_{(3,305)} = 18,34; p < .001^{***}; \eta^2_{\text{parcial}} = 0,153$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 19,52; p < .001^{***}; \eta^2_{\text{parcial}} = 0,060$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 1,56; p = 0,20; \eta^2_{\text{parcial}} = 0,015$

Grupos	CAGE Pre	CAGE Post
Riesgo alto (N= 19)	1,84 ± 1,38	1,72 ± 1,63
Riesgo medio (N= 74)	1,10 ± 1,25	0,81 ± 1,08
Riesgo bajo (N= 173)	0,72 ± 0,91	0,42 ± 0,77
Control (N=44)	1,04 ± 1,33	0,64 ± 0,93

Grupo: $F_{(3,305)} = 12,69; p < .001^{***}; \eta^2_{\text{parcial}} = 0,111$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 7,65; p < .01^{**}; \eta^2_{\text{parcial}} = 0,024$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 0,30; p = 0,83; \eta^2_{\text{parcial}} = 0,003$

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

AUDIT = Test de Identificación de Trastornos de Uso del Alcohol; CAGE = Cuestionario CAGE.

Analizando los cambios entre el pre y el post en cada uno de los 4 grupos, se observa que en el cuestionario AUDIT en todos se produjo una reducción significativa de las puntuaciones postratamiento, si bien la mayor reducción se produjo en el grupo

de riesgo alto (3,63). Sin embargo, analizando el tamaño del efecto del programa de tratamiento, se puede observar que es menor en el grupo de riesgo alto ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,04$), mientras que en el grupo de riesgo medio y bajo es el mismo ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,05$).

Respecto a los resultados en el cuestionario CAGE, la reducción significativa se produjo en todos los grupos a excepción del grupo de riesgo alto, dándose la mayor reducción entre pre y post en el grupo de control (0,40) y el mayor tamaño del efecto en el grupo de riesgo bajo ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,04$) (véase Tabla 10.11).

Tabla 10.11. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en el Test de Identificación de Trastornos de Uso del Alcohol (AUDIT) y el Cuestionario CAGE.

	Riesgo alto (N= 19)	Riesgo medio (N= 74)	Riesgo bajo (N= 173)	Control (N=44)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
AUDIT	-3,63** $F_{(1,305)} = 11,49^{**}$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,04$	-2,08*** $F_{(1,305)} = 14,37^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,05$	-1,36*** $F_{(1,305)} = 14,70^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,05$	-1,48* $F_{(1,305)} = 4,37^*$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$
CAGE	-0,12 $F_{(1,305)} = 0,23$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0$	-0,30* $F_{(1,305)} = 5,49^*$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,02$	-0,30*** $F_{(1,305)} = 13,92^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,04$	-0,40* $F_{(1,305)} = 5,97^*$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,02$

Nota: los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del pretratamiento y el postratamiento en cada una de las subescalas.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

AUDIT = Test de Identificación de Trastornos de Uso del Alcohol; CAGE = Cuestionario CAGE.

Analizando las puntuaciones en el postratamiento de cada uno de los 4 grupos (mediante comparaciones post-hoc), observamos que en el Cuestionario AUDIT se dieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de riesgo alto y medio (8,21 vs. 4,72, $p < .01$), entre el grupo de riesgo alto y bajo (8,21 vs. 3,20, $p < .001$) y entre el de riesgo alto y el control (8,21 vs. 4,33, $p < .01$). Mientras que en el cuestionario CAGE las diferencias significativas se encontraron entre los grupos de riesgo alto y

medio (1,72 vs. 0,81, $p < .01$), entre el de riesgo alto y bajo (1,72 vs. 0,42, $p < .001$), el de riesgo alto y el control (1,72 vs. 0,64, $p < .001$) y el de riesgo medio y bajo (0,81 vs. 0,42, $p < .05$).

10.2.3. Eficacia sobre el ajuste de la relación de pareja

En la Tabla 10.12 se recogen las medias de los 4 grupos de pacientes en las medidas de Ajuste diádico (consenso, satisfacción, expresión de afecto, cohesión y ajuste diádico total), así como los valores de las pruebas F para los efectos principales de los factores grupo y momento de la evaluación y para el efecto de su interacción, valores resultantes de los ANCOVA (controlando la variable edad) sobre dichas medidas.

Tabla 10.12. Medias de los grupos de pacientes en la escala de Ajuste diádico en el pretratamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias.

Grupos	EAD-Consenso Pre	EAD-Consenso Post
Riesgo alto (N= 19)	43,91 ± 11,63	51,26 ± 8,24
Riesgo medio (N= 74)	47,22 ± 11,40	54,69 ± 5,24
Riesgo bajo (N= 173)	48,26 ± 12,33	55,89 ± 5,96
Control (N=44)	51,04 ± 9,20	54,44 ± 7,07

Grupo: $F_{(3,305)} = 2,73$; $p < .05$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,026$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 11,79$; $p < .01$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,037$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 1,56$; $p = 0,20$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,015$

Grupos	EAD-Satisfacción Pre	EAD-Satisfacción Post
Riesgo alto (N= 19)	24,84 ± 6,94	36,98 ± 5,86
Riesgo medio (N= 74)	30,07 ± 7,58	40,06 ± 4,22
Riesgo bajo (N= 173)	31,71 ± 9,22	40,72 ± 5,22
Control (N=44)	32,58 ± 8,06	32,83 ± 6,95

Grupo: $F_{(3,305)} = 9,91$; $p < .001$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,089$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 23,34$; $p < .001$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,071$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 11,90$; $p < .001$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,105$

Grupos	EAD-E. Afecto Pre	EAD-E. Afecto Post
Riesgo alto (N= 19)	8,52 ± 2,50	9,99 ± 1,13
Riesgo medio (N= 74)	9,17 ± 2,44	10,34 ± 1,12
Riesgo bajo (N= 173)	9,49 ± 2,22	10,53 ± 1,24
Control (N=44)	9,65 ± 1,89	9,79 ± 1,93

Grupo: $F_{(3,305)} = 2,13$; $p = 0,09$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,021$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 5,59$; $p < .05$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,018$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 2,22$; $p = 0,09$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,021$

Grupos	EAD-Cohesión Pre	EAD-CohesiónPost
Riesgo alto (N= 19)	12,19 ± 5,18	15,21 ± 5,63
Riesgo medio (N= 74)	13,16 ± 4,45	17,03 ± 3,24
Riesgo bajo (N= 173)	13,05 ± 5,04	16,61 ± 4,28
Control (N=44)	12,42 ± 5,04	13,65 ± 3,49

Grupo: $F_{(3,305)} = 3,90$; $p < .01$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,037$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 4,39$; $p < .05$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,014$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 2,55$; $p = 0,06$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,024$

Grupos	EAD-Total Pre	EAD-Total Post
Riesgo alto (N= 19)	89,46 ± 21,35	113,44 ± 16,56
Riesgo medio (N= 74)	99,62 ± 21,85	122,12 ± 9,91
Riesgo bajo (N= 173)	102,51 ± 24,68	123,76 ± 13,10
Control (N=44)	105,69 ± 19,70	110,71 ± 5,81

Grupo: $F_{(3,305)} = 4,65$; $p < .01$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,044$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 18,35$; $p < .001$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,057$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 5,96$; $p < .01$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,055$

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

EAD-Consenso = subescala Consenso de la Escala de Ajuste Diádico; EAD-Satisfacción = subescala de Satisfacción de la Escala de Ajuste Diádico; EAD-E. Afecto = subescala de Expresión de afecto de la Escala de Ajuste Diádico; EAD-Cohesión = subescala de Cohesión de la Escala de Ajuste Diádico; EAD-Total = subescala total de la Escala de Ajuste Diádico.

Tal y como se observa en la Tabla 10.12, la interacción grupo por momento de la evaluación fue estadísticamente significativa en la subescala de Satisfacción ($F = 11,90$; $p < .001$) y en la Escala total ($F = 5,96$; $p < .01$).

También se halló un efecto significativo del factor grupo para las subescalas Consenso ($F = 2,73$; $p < .05$), Satisfacción ($F = 9,91$; $p < .001$), Cohesión ($F = 3,90$; $p < .01$) y para la Escala total ($F = 4,65$; $p < .01$). Mientras que el efecto del factor

momento de la evaluación fue significativo para todas las subescalas: Consenso ($F = 11,79$; $p < .01$), Satisfacción ($F = 23,34$; $p < .001$), Expresión de afecto ($F = 5,59$; $p < .05$), Cohesión ($F = 4,39$; $p < .05$) y Escala total ($F = 18,35$; $p < .001$), obteniéndose en todas las subescalas puntuaciones mayores en el postratamiento (véase Tabla 10.12).

Comparando las diferencias entre el pretratamiento y el postratamiento en cada uno de los grupos, mediante comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observa que en los grupos de riesgo alto, medio y bajo hubo una diferencia entre el pre y el postratamiento estadísticamente significativa, para todas las subescalas de la Escala de Ajuste diádico (véase Tabla 10.13). En los 3 grupos, se produjo un aumento significativo en las puntuaciones de las 5 subescalas, mientras que en el grupo de control no se dieron diferencias entre el pre y el post para ninguna de las subescalas.

En la subescala de Consenso, el mayor cambio entre el pre y el post se produjo en el grupo de riesgo medio (aumento de 7,47) al igual que en la subescala de Cohesión donde también fue el grupo de riesgo medio quien obtuvo un mayor aumento (3,88). En el resto de subescalas, Satisfacción, Expresión de afecto y Ajuste diádico total, fue el grupo de riesgo alto quien tuvo un mayor aumento entre las puntuaciones pre y las post (12,14; 1,47 y 23,98 respectivamente) (véase Tabla 10.13).

Al analizar el tamaño del efecto, se observa que es en el grupo de riesgo bajo donde se da un tamaño del efecto mayor en todas las variables de ajuste diádico estudiadas. Asimismo, el tamaño del efecto también fue mayor en el grupo de riesgo medio en comparación con el de riesgo alto, en todas las variables.

Tabla 10.13. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en la escala de Ajuste diádico.

	Riesgo alto (N= 19)	Riesgo medio (N= 74)	Riesgo bajo (N= 173)	Control (N=44)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
EAD-Consenso	7,35** $F_{(1,305)}= 7,36^{**}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,02$	7,47*** $F_{(1,305)}= 28,92^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,09$	7,64*** $F_{(1,305)}= 72,15^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,19$	3,39 $F_{(1,305)}= 3,59$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,01$
EAD-Satisfacción	12,14*** $F_{(1,305)}= 29,73^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,09$	9,99*** $F_{(1,305)}= 76,61^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,20$	9,01*** $F_{(1,305)}= 148,84^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,33$	0,26 $F_{(1,305)}= 0,03$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0$
EAD-E. afecto	1,47** $F_{(1,305)}= 7,12^{**}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,02$	1,17*** $F_{(1,305)}= 17,22^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,05$	1,04*** $F_{(1,305)}= 32,39^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,10$	0,14 $F_{(1,305)}= 0,14$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0$
EAD-Cohesión	3,02* $F_{(1,305)}= 5,98^*$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,02$	3,88*** $F_{(1,305)}= 37,41^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,11$	3,56*** $F_{(1,305)}= 75,48^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,20$	1,24 $F_{(1,305)}= 2,29$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,01$
EAD-Total	23,98*** $F_{(1,305)}= 18,40^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,06$	22,50*** $F_{(1,305)}= 61,67^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,17$	21,25*** $F_{(1,305)}= 131,24^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,30$	5,02 $F_{(1,305)}= 1,85$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,01$

Nota. Los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del pretratamiento y el postratamiento en cada una de las subescalas.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

EAD-Consenso = subescala Consenso de la Escala de Ajuste Diádico; EAD-Satisfacción = subescala de Satisfacción de la Escala de Ajuste Diádico; EAD-E. Afecto = subescala de Expresión de afecto de la Escala de Ajuste Diádico; EAD-Cohesión = subescala de Cohesión de la Escala de Ajuste Diádico; EAD-Total = subescala total de la Escala de Ajuste Diádico.

Analizando las puntuaciones en el postratamiento de cada uno de los 4 grupos, para ver a qué niveles llegan en cada una de las subescalas, independientemente del cambio que se haya producido, observamos que en Consenso existen diferencias significativas entre el grupo de riesgo alto y el grupo de riesgo bajo (51,26 vs. 55,89, $p < .05$). En Satisfacción también hay diferencias significativas entre el grupo de riesgo alto y medio (36,98 vs. 40,66, $p < .05$), entre el de riesgo alto y el grupo control (36,98 vs. 32,83, $p < .05$), entre el de riesgo medio y el control (40,66 vs. 32,83, $p < .001$) y entre el grupo de riesgo bajo y el control (40,72 vs. 32,83, $p < .001$). En Expresión de afecto también se dieron diferencias significativas entre el grupo de riesgo bajo y el control (10,53 vs. 9,79, $p < .01$). En Cohesión las diferencias se dieron entre los grupos de riesgo medio y el control (17,03 vs. 13,65, $p < .001$) y entre los grupos de riesgo bajo y el

control (16,61 vs. 13,65, $p<.001$). En Ajuste diádico total las diferencias en las puntuaciones postratamiento se dieron entre el grupo de riesgo alto y bajo (113,44 vs. 123,76, $p<.01$), entre el grupo de riesgo medio y el control (122,12 vs. 110,71, $p<.001$) y entre el de riesgo bajo y el control (123,76 vs. 110,71, $p<.001$) (véase Tabla 10.12).

10.2.4. Eficacia sobre las características de personalidad límite

La Tabla 10.14 muestra las medias de los 4 grupos en el pretratamiento y en el postratamiento para las 3 subescalas y la puntuación total de la Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad. Cuando se analizaron dichas medias con un ANCOVA (controlando la variable edad) se encontró que el efecto de la interacción grupo por momento de la evaluación no fue estadísticamente significativo para ninguna de las medidas. Mientras que el efecto del factor principal grupo fue significativo para todas las subescalas: Difusión de la identidad ($F = 41,05$; $p<.001$), Comprobación de la realidad ($F = 38,21$; $p<.001$), Defensas primitivas ($F = 44,98$; $p<.001$) y Escala total ($F = 49,35$; $p<.001$). Por último, el efecto del factor principal momento de la evaluación fue significativo para Comprobación de la realidad ($F = 5,76$; $p<.05$), Defensas primitivas ($F = 8,37$; $p<.01$) y la Escala total ($F = 7,07$; $p<.01$) (véase Tabla 10.14).

Tabla 10.14. Medias de los grupos de pacientes en la Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad en el pretatamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias.

Grupos	Difusión identidad Pre	Difusión identidad Post
Riesgo alto (N= 19)	14,36 ± 7,49	11,50 ± 7,84
Riesgo medio (N= 74)	7,89 ± 4,99	6,70 ± 4,82
Riesgo bajo (N= 173)	4,32 ± 3,14	4,12 ± 3,59
Control (N=44)	4,94 ± 5,25	4,29 ± 4,17

Grupo: $F_{(3,305)} = 41,05$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,288$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 2,58$; $p = 0,11$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,008$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 2,07$; $p = 0,10$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,020$

Grupos	C. realidad Pre	C. realidad Post
Riesgo alto (N= 19)	10,60 ± 7,53	9,26 ± 7,75
Riesgo medio (N= 74)	5,29 ± 4,49	4,34 ± 5,20
Riesgo bajo (N= 173)	2,64 ± 2,45	1,97 ± 2,36
Control (N=44)	4,10 ± 4,44	2,68 ± 3,73

Grupo: $F_{(3,305)} = 38,24$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,273$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 5,76$; $p < .05^*$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,019$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 0,46$; $p = 0,71$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,004$

Grupos	D. primitivas Pre	D. primitivas Post
Riesgo alto (N= 19)	17,66 ± 6,52	13,68 ± 8,49
Riesgo medio (N= 74)	11,14 ± 5,77	8,47 ± 5,38
Riesgo bajo (N= 173)	6,32 ± 3,74	5,01 ± 3,90
Control (N=44)	7,77 ± 7,19	5,54 ± 5,91

Grupo: $F_{(3,305)} = 44,98$; $p < .001$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,307$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 8,37$; $p < .01$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,027$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 1,85$; $p = 0,14$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,018$

Grupos	Escala total Pre	Escala total Post
Riesgo alto (N= 19)	42,62 ± 19,21	34,44 ± 22,22
Riesgo medio (N= 74)	24,31 ± 14,01	19,51 ± 14,27
Riesgo bajo (N= 173)	13,27 ± 7,81	11,10 ± 8,66
Control (N=44)	16,81 ± 15,90	12,51 ± 13,34

Grupo: $F_{(3,305)} = 49,35$; $p < .001$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,327$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 7,07$; $p < .01$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,023$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 1,66$; $p = 0,18$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,016$

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

Escala total = escala total de la Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad; Difusión identidad = subescala de Difusión de la identidad de la Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad; C. realidad = subescala de Comprobación de la realidad de Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad; D. primitivas = subescala de defensas primitivas de la Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad.

Comparando las diferencias entre el pretratamiento y el postratamiento en cada uno de los grupos (comparaciones post-hoc Bonferroni), se observa que en el grupo de riesgo alto y medio hubo una reducción significativa entre pre y post en Difusión de identidad, Defensas primitivas y la Escala total, mientras que en el grupo de riesgo bajo y en control hubo una reducción significativa en Comprobación de la realidad, Defensas primitivas y la Escala total (véase Tabla 10.15).

En la escala Difusión de la identidad la mayor reducción entre pre y post se produjo en el grupo de riesgo alto (2,86), en Comprobación de la realidad la mayor reducción se produjo en el grupo control (1,43), en Defensas primitivas en el grupo de riesgo alto (3,98) y en la Escala total en el de riesgo alto (8,18) (véase Tabla 10.15).

Respecto al tamaño del efecto, en las escalas total y defensas primitivas el mayor tamaño del efecto se produjo en el grupo de riesgo medio ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,03$ y $0,05$ respectivamente), mientras que en difusión de la identidad se dio en el grupo de riesgo alto ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,02$) y en comprobación de la realidad el tamaño del efecto fue el mismo en los 3 grupos que recibieron tratamiento ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$).

Tabla 10.15. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en la Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad.

	Riesgo alto (N= 19)	Riesgo medio (N= 74)	Riesgo bajo (N= 173)	Control (N=44)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
Difusión identidad	-2,86* $F_{(1,305)}= 6,49^*$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,02$	-1,19* $F_{(1,305)}= 4,29^*$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,01$	-0,20 $F_{(1,305)}= 0,28$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0$	0,65 $F_{(1,305)}= 0,77$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0$
C. realidad	-1,34 $F_{(1,305)}= 1,84$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,01$	-0,94 $F_{(1,305)}= 3,45$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,01$	-0,67* $F_{(1,305)}= 4,11^*$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,01$	-1,43* $F_{(1,305)}= 4,76^*$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,02$
D. primitivas	-3,98** $F_{(1,305)}= 8,89^{**}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,03$	-2,67*** $F_{(1,305)}= 15,18^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,05$	-1,31** $F_{(1,305)}= 8,74^{**}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,03$	-2,23* $F_{(1,305)}= 6,38^*$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,02$
Escala total	-8,18** $F_{(1,305)}= 7,31^{**}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,02$	-4,80** $F_{(1,305)}= 9,59^{**}$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,03$	-2,17* $F_{(1,305)}= 4,68^*$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,02$	-4,30* $F_{(1,305)}= 4,64^*$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,02$

Nota: los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del pretratamiento y el postratamiento en cada una de las subescalas.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Escala total = escala total de la Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad; Difusión identidad = subescala de Difusión de la identidad de la Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad; C. realidad = subescala de Comprobación de la realidad de Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad; D. primitivas = subescala de defensas primitivas de la Escala para medir la Organización Límite de la Personalidad.

Analizando las puntuaciones en el postratamiento de cada uno de los 4 grupos, para analizar a qué niveles llegan en cada una de las subescalas, observamos que en la Escala total existen diferencias significativas en el postratamiento entre el grupo de riesgo alto y medio (34,44 vs. 19,51, $p < .001$), entre el de riesgo alto y bajo (34,44 vs. 11,10, $p < .001$), alto y grupo control (34,44 vs. 12,51, $p < .001$), medio y control (19,51 vs. 12,51, $p < .001$) y medio y bajo (19,51 vs. 11,10, $p < .05$) (véase Tabla 10.14).

En Difusión de la identidad existen diferencias significativas en el postratamiento entre el grupo de riesgo alto y medio (11,50 vs. 6,70, $p < .001$), entre el de riesgo alto y bajo (11,50 vs. 4,12, $p < .001$), alto y grupo control (11,50 vs. 4,29, $p < .001$),

medio y control (6,70 vs. 4,29, $p < .05$) y medio y bajo (6,70 vs. 4,12, $p < .001$) (véase Tabla 10.14).

En Comprobación de la realidad existen diferencias significativas en el postratamiento entre el grupo de riesgo alto y medio (9,26 vs. 4,34, $p < .001$), entre el de riesgo alto y bajo (9,26 vs. 1,97, $p < .001$), alto y grupo control (9,26 vs. 2,68, $p < .001$) y medio y bajo (4,34 vs. 1,97, $p < .001$) (véase Tabla 10.14).

Por último, en Defensas primitivas existen diferencias significativas en el postratamiento entre el grupo de riesgo alto y medio (13,68 vs. 8,47, $p < .001$), entre el de riesgo alto y bajo (13,68 vs. 5,01, $p < .001$), alto y grupo control (13,68 vs. 5,54, $p < .001$), medio y bajo (8,47 vs. 5,01, $p < .001$) y medio y control (8,47 vs. 5,54, $p < .05$) (véase Tabla 10.14).

10.2.5. Eficacia sobre las características de psicopatía

En la Tabla 10.16 se recogen las medias de los 4 grupos en la Escala de Psicopatía de Levenson: subescalas primaria y secundaria, así como los valores de las pruebas F para los efectos principales de los factores grupo y momento de la evaluación y para el efecto de su interacción, valores resultantes de los ANCOVA (controlando la variable edad) sobre dichas medidas. Los resultados indican que el efecto del factor grupo fue significativo tanto para Psicopatía primaria ($F = 12,18$; $p < .001$) como para Psicopatía secundaria ($F = 32,72$; $p < .001$) como para la Escala total ($F = 24,68$; $p < .001$). El efecto del factor momento de la evaluación fue significativo para Psicopatía secundaria ($F = 10,47$; $p < .01$) y para la Escala total ($F = 4,10$; $p < .05$). Y el efecto de la interacción fue significativo para las 3 medidas: Psicopatía primaria ($F = 5,69$; $p < .01$), secundaria ($F = 7,44$; $p < .001$) y Escala total ($F = 4,92$; $p < .01$) (véase Tabla 10.16).

Tabla 10.16. Medias de los grupos de pacientes en la Escala de psicopatía de Levenson en el pretatamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias.

Grupos	P. Primaria Pre	P. Primaria Post
Riesgo alto (N= 19)	18,48 ± 6,59	15,79 ± 5,87
Riesgo medio (N= 74)	12,88 ± 4,25	13,85 ± 5,59
Riesgo bajo (N= 173)	10,88 ± 4,75	11,46 ± 5,26
Control (N=44)	13,06 ± 6,57	10,99 ± 4,56

Grupo: $F_{(3,305)} = 12,18$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,107$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 0,13$; $p = 0,72$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 5,69$; $p < .01$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,053$

Grupos	P. Secundaria Pre	P. Secundaria Post
Riesgo alto (N= 19)	14,58 ± 4,45	10,89 ± 5,67
Riesgo medio (N= 74)	9,72 ± 3,43	7,37 ± 3,66
Riesgo bajo (N= 173)	6,60 ± 2,86	5,98 ± 3,45
Control (N=44)	7,99 ± 4,29	8,13 ± 3,99

Grupo: $F_{(3,305)} = 32,72$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,243$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 10,47$; $p < .01^{**}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,033$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 7,44$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,068$

Grupos	Escala total Pre	Escala total Post
Riesgo alto (N= 19)	33,06 ± 9,82	26,68 ± 8,91
Riesgo medio (N= 74)	22,60 ± 6,21	21,22 ± 8,25
Riesgo bajo (N= 173)	17,48 ± 6,28	17,43 ± 7,53
Control (N=44)	21,06 ± 9,59	19,11 ± 7,70

Grupo: $F_{(3,305)} = 24,68$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,195$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 4,10$; $p < .05^*$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,013$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 4,92$; $p < .01^{**}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,046$

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

P. Primaria = subescala de Psicopatía primaria de la Escala de Psicopatía Autoinformada de Levenson;

P. Secundaria = subescala de Psicopatía secundaria de la Escala de Psicopatía Autoinformada de Levenson.

Analizando la interacción entre el grupo y el momento de la evaluación a través de comparaciones post-hoc (Bonferroni), se observa que en Psicopatía primaria se produce una reducción estadísticamente significativa entre el pre y el post tanto para el grupo de riesgo alto como para el grupo de control. Mientras que en Psicopatía

secundaria se producen reducciones significativas en los tres grupos que recibieron tratamiento, observándose la mayor reducción entre el pre y el post en el grupo de riesgo alto seguido del de riesgo medio. Y, por último, en la Escala total solo se observaron diferencias estadísticamente significativas en el grupo de riesgo alto (véase Tabla 10.17).

El tamaño del efecto del programa fue mayor para el grupo de riesgo alto para psicopatía primaria y total ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,02$ y $0,05$ respectivamente).

Tabla 10.17. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en la Escala de psicopatía de Levenson.

	Riesgo alto (N= 19)	Riesgo medio (N= 74)	Riesgo bajo (N= 173)	Control (N=44)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
P. Primaria	-2,69* $F_{(1,305)} = 5,24^*$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,02$	0,97 $F_{(1,305)} = 2,60$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$	0,57 $F_{(1,305)} = 2,17$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$	-2,08** $F_{(1,305)} = 7,16^{**}$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,02$
P. secundaria	-3,69*** $F_{(1,305)} = 17,01^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,05$	-2,35*** $F_{(1,305)} = 26,30^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,08$	-0,62* $F_{(1,305)} = 4,36^*$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$	0,13 $F_{(1,305)} = 0,05$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0$
Escala total	-6,38*** $F_{(1,305)} = 15,08^{***}$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,05$	-1,38 $F_{(1,305)} = 2,70$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$	-0,05 $F_{(1,305)} = 0,01$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0$	-1,95 $F_{(1,305)} = 3,22$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$

Nota. Los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del pretratamiento y el postratamiento en cada una de las subescalas.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

P. Primaria = subescala de Psicopatía primaria de la Escala de Psicopatía Autoinformada de Levenson; P. Secundaria = subescala de Psicopatía secundaria de la Escala de Psicopatía Autoinformada de Levenson.

Analizando las puntuaciones en el postratamiento de cada uno de los 4 grupos, observamos que en la subescala de Psicopatía primaria se dieron diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de riesgo alto y bajo (15,79 vs. 11,46, $p < .01$), entre el grupo de riesgo alto y el control (15,79 vs. 10,99, $p < .01$), entre el de

riesgo medio y bajo (13,85 vs. 11,46, $p < .01$) y entre el de riesgo medio y el control (13,85 vs. 10,99, $p < .05$) (véase Tabla 10.16).

Mientras que en Psicopatía secundaria, las diferencias se dieron entre el grupo de riesgo alto y medio (10,89 vs. 7,37, $p < .01$), entre el de riesgo alto y bajo (10,89 vs. 5,98, $p < .001$), entre el de riesgo alto y el control (10,89 vs. 8,13, $p < .05$) y entre el de riesgo bajo y el control (5,98 vs. 8,13, $p < .01$) (véase Tabla 10.16).

Por último, en la Escala total, se observaron diferencias significativas en el postratamiento entre los grupos de riesgo alto y medio (26,68 vs. 21,22, $p < .05$), entre el de riesgo alto y el de riesgo bajo (26,68 vs. 17,43, $p < .001$), entre el de riesgo alto y el control (26,68 vs. 19,11, $p < .01$) y entre el de riesgo medio y el de riesgo bajo (21,22 vs. 17,43, $p < .01$) (véase Tabla 10.16).

10.2.6. Eficacia sobre la impulsividad

La Tabla 10.18 muestra las medias de los 4 grupos en el pretratamiento y en el postratamiento en impulsividad. Cuando se analizaron dichas medias con un ANCOVA (controlando la variable edad) se encontró que el efecto de la interacción grupo por momento de la evaluación fue estadísticamente significativo ($F = 13,30$; $p < .001$), al igual que el efecto de los factores grupo ($F = 29,81$; $p < .001$) y momento de la evaluación ($F = 20,46$; $p < .001$) que también fueron estadísticamente significativos.

Tabla 10.18. Medias de los grupos de pacientes en la Escala de impulsividad de Plutchik en el pretratamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias.

Grupos	I. Plutchik Pre	I. Plutchik Post
Riesgo alto (N= 19)	20,98 ± 6,26	14,63 ± 5,14
Riesgo medio (N= 74)	14,39 ± 6,03	10,60 ± 2,76
Riesgo bajo (N= 173)	9,86 ± 4,73	10,29 ± 3,31
Control (N=44)	12,30 ± 7,44	11,18 ± 5,25

Grupo: $F_{(3,305)} = 29,81$; $p < .001$ ***; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,227$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 20,46$; $p < .001$ ***; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,063$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 13,30$; $p < .001$ ***; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,116$

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

I. Plutchik = Escala de impulsividad de Plutchik.

En relación a los cambios producidos entre el pretratamiento y el postratamiento en cada uno de los 4 grupos, utilizando comparaciones post-hoc (Bonferroni) se observa que tanto el grupo de riesgo alto como el de riesgo medio tienen una reducción estadísticamente significativa en los niveles de impulsividad en el postratamiento (véase Tabla 10.19). Mientras que el mayor tamaño del efecto se observa en el grupo de riesgo medio ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,09$).

Tabla 10.19. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en la Escala de impulsividad de Plutchik.

	Riesgo alto (N= 19)	Riesgo medio (N= 74)	Riesgo bajo (N= 173)	Control (N=44)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
I. Plutchik	-6,35*** $F_{(1,305)} = 21,29$ *** $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,07$	-3,79*** $F_{(1,305)} = 28,85$ *** $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,09$	0,44 $F_{(1,305)} = 0,91$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0$	-1,13 $F_{(1,305)} = 1,53$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$

Nota. Los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del pretratamiento y el postratamiento en cada una de las subescalas.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

I. Plutchik = Escala de impulsividad de Plutchik.

Por último, analizando las puntuaciones en el postratamiento de cada uno de los 4 grupos, para ver a qué niveles llegan en cada una de las subescalas, independientemente del cambio que se haya producido, observamos que existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del postratamiento entre los grupos de riesgo alto y medio (14,63 vs. 10,60, $p < .001$), entre el grupo de riesgo alto y bajo (14,63 vs. 10,29, $p < .001$) y entre el grupo de riesgo alto y el control (14,63 vs. 11,18, $p < .01$) (véase Tabla 10.18).

10.2.7. Eficacia sobre la ira

En la Tabla 10.20 se recogen las medias de los 4 grupos de pacientes en las medidas del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2), así como los valores de las pruebas F para los efectos principales de los factores grupo y momento de la evaluación y para el efecto de su interacción, valores resultantes de los ANCOVA (controlando la variable edad) sobre dichas medidas.

En relación al factor grupo, se observa que su efecto fue estadísticamente significativo para todas las subescalas: Estado ($F = 30,73$; $p < .001$), Rasgo ($F = 39,39$; $p < .001$), Expresión externa ($F = 33,36$; $p < .001$), Expresión interna ($F = 20,87$; $p < .001$), Control externo de ira ($F = 7,80$; $p < .001$) y Control interno de ira ($F = 4,55$; $p < .01$) (véase Tabla 10.20).

El efecto del factor momento de la evaluación fue significativo para las subescalas Estado de ira ($F = 7,41$; $p < .01$), Rasgo de ira ($F = 32,54$; $p < .001$), Expresión externa de ira ($F = 6,60$; $p < .05$), Expresión interna de ira ($F = 18,90$; $p < .001$) y Control externo de ira ($F = 4,20$; $p < .05$) (véase Tabla 10.20).

Y, por último, el efecto de la interacción grupo por momento de la evaluación, fue estadísticamente significativo para las subescalas Estado de ira ($F = 3,54$; $p < .05$), Rasgo de ira ($F = 3,96$; $p < .01$), Expresión externa de ira ($F = 5,68$; $p < .01$), Control externo de ira ($F = 5,24$; $p < .01$) y Control interno de ira ($F = 8,08$; $p < .001$) (véase Tabla 10.20).

Tabla 10.20. Medias de los grupos de pacientes en el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) en el pretratamiento y en el postratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias.

Grupos	Estado de Ira Pre	Estado de Ira Post
Riesgo alto (N= 19)	7,86 ± 11,22	4,32 ± 7,17
Riesgo medio (N= 74)	1,57 ± 2,91	1,17 ± 2,56
Riesgo bajo (N= 173)	0,68 ± 1,44	0,82 ± 2,52
Control (N=44)	1,26 ± 2,74	1,01 ± 3,66

Grupo: $F_{(3,305)} = 30,73$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,232$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 7,41$; $p < .01^{**}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,024$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 3,54$; $p < .05^*$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,034$

Grupos	Rasgo de Ira Pre	Rasgo de Ira Post
Riesgo alto (N= 19)	13,12 ± 5,60	10,14 ± 5,73
Riesgo medio (N= 74)	8,72 ± 4,73	6,59 ± 5,25
Riesgo bajo (N= 173)	4,45 ± 2,59	3,83 ± 3,21
Control (N=44)	6,15 ± 3,89	4,96 ± 4,86

Grupo: $F_{(3,305)} = 39,39$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,279$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 32,54$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,096$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 3,96$; $p < .01^{**}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,037$

Grupos	E. externa Ira Pre	E. externa Ira Post
Riesgo alto (N= 19)	8,15 ± 3,67	6,39 ± 3,74
Riesgo medio (N= 74)	4,44 ± 2,95	3,66 ± 2,28
Riesgo bajo (N= 173)	2,61 ± 1,77	2,93 ± 2,04
Control (N=44)	3,35 ± 2,79	4,03 ± 3,39

Grupo: $F_{(3,305)} = 33,36$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,247$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 6,60$; $p < .05^*$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,021$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 5,68$; $p < .01^{**}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,053$

Grupos	E. interna Ira Pre	E. interna Ira Post
Riesgo alto (N= 19)	8,98 ± 3,07	7,59 ± 3,96
Riesgo medio (N= 74)	6,48 ± 2,70	5,13 ± 2,92
Riesgo bajo (N= 173)	4,95 ± 2,42	3,87 ± 2,70
Control (N=44)	6,31 ± 3,55	4,78 ± 2,57

Grupo: $F_{(3,305)} = 20,87$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,170$
 Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 18,90$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,058$
 Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 0,30$; $p = 0,82$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,003$

Grupos	C. externo Ira Pre	C. externo Ira Post
Riesgo alto (N= 19)	9,90 ± 3,59	12,29 ± 3,36
Riesgo medio (N= 74)	12,75 ± 3,42	14,24 ± 2,79
Riesgo bajo (N= 173)	13,71 ± 3,27	14,06 ± 3,92
Control (N=44)	12,82 ± 3,89	11,79 ± 3,52

Grupo: $F_{(3,305)} = 7,80$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,071$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 4,20$; $p < .05^*$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,014$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 5,24$; $p < .01^{**}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,049$

Grupos	C. interno Ira Pre	C. interno Ira Post
Riesgo alto (N= 19)	8,98 ± 4,09	12,51 ± 4,03
Riesgo medio (N= 74)	10,77 ± 4,18	13,77 ± 3,62
Riesgo bajo (N= 173)	10,49 ± 4,45	12,63 ± 4,60
Control (N=44)	10,43 ± 4,40	9,18 ± 4,33

Grupo: $F_{(3,305)} = 4,55$; $p < .01^{**}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,043$

Momento de la evaluación: $F_{(1,305)} = 0,06$; $p = 0,80$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0$

Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)} = 8,08$; $p < .001^{***}$; $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,074$

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

Las puntuaciones de las columnas indican media de episodios en el último año de convivencia con la pareja. STAXI-2 = Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo; E. externa Ira = subescala de *Expresión externa de Ira* del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo; E. interna Ira = subescala de *Expresión interna de Ira* del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo; C. externo Ira = subescala de *Control externo de Ira* del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo; C. interno Ira = subescala de *Control interno de Ira* del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo.

Al analizar la interacción del factor grupo por el factor momento de la evaluación, a través de comparaciones post-hoc (Bonferroni), encontramos que en el grupo de riesgo alto se dieron diferencias estadísticamente significativas entre el pretratamiento y el postratamiento en las subescalas de Estado, Rasgo, Expresión externa, Control externo y Control interno, produciéndose en las 3 primeras una disminución entre pre y post, mientras que en las dos subescalas de control se produjo un aumento. En el grupo de riesgo medio se observan cambios significativos en todas las subescalas excepto en Estado de ira, si bien los cambios son menores comparados con los del grupo de riesgo alto. En el grupo de riesgo bajo también se dieron cambios significativos en 3 subescalas: Rasgo, Expresión interna y Control interno, mientras que en el grupo control sólo se dieron cambios significativos en Rasgo y Expresión interna (véase Tabla 10.21).

El tamaño del efecto más elevado en la variable Estado se observa en el grupo de riesgo alto ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,03$), mientras que en las variables Rasgo y Control externo de ira el tamaño del efecto más elevado se observa en el grupo de riesgo medio ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,07$ y $0,03$ respectivamente). Por último, el tamaño del efecto más elevado en las variables Expresión interna de ira y Control interno de ira se observa en el grupo de riesgo bajo ($\eta^2_{\text{parcial}} = 0,06$ y $0,10$ respectivamente).

Tabla 10.21. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI-2).

	Riesgo alto (N= 19)	Riesgo medio (N= 74)	Riesgo bajo (N= 173)	Control (N=44)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
Estado de Ira	-3,54** $F_{(1,305)} = 10,87**$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,03$	-0,40 $F_{(1,305)} = 0,52$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0$	0,14 $F_{(1,305)} = 0,15$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0$	-0,25 $F_{(1,305)} = 0,13$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0$
Rasgo de Ira	-2,98** $F_{(1,305)} = 11,21**$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,04$	-2,13*** $F_{(1,305)} = 21,81***$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,07$	-0,62* $F_{(1,305)} = 4,42*$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$	-1,19* $F_{(1,305)} = 4,08*$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$
Expresión externa de Ira	-1,75** $F_{(1,305)} = 7,24**$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,02$	-0,78* $F_{(1,305)} = 5,46*$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,02$	0,32 $F_{(1,305)} = 2,14$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$	0,68 $F_{(1,305)} = 2,51$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$
Expresión interna de Ira	-1,39 $F_{(1,305)} = 3,59$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$	-1,35*** $F_{(1,305)} = 12,97***$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,04$	-1,08*** $F_{(1,305)} = 19,74***$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,06$	-1,53** $F_{(1,305)} = 9,93**$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,03$
Control externo de Ira	2,39** $F_{(1,305)} = 7,12**$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,02$	1,49** $F_{(1,305)} = 10,55**$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,03$	0,35 $F_{(1,305)} = 1,41$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$	1,03 $F_{(1,305)} = 3,05$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$
Control interno de Ira	3,53** $F_{(1,305)} = 10,03**$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,03$	2,99*** $F_{(1,305)} = 27,55***$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,08$	2,14*** $F_{(1,305)} = 33,59***$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,10$	1,25 $F_{(1,305)} = 2,87$ $\eta^2_{\text{parcial}} = 0,01$

Nota. Los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del pretratamiento y el postratamiento en cada una de las subescalas.
 η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.
 $*p < .05$ $**p < .01$ $***p < .001$.

Por último, analizando las puntuaciones en el postratamiento, a través de comparaciones post-hoc (Bonferroni), observamos que existen diferencias significativas

en Estado de ira entre el grupo de riesgo alto y el de riesgo medio (4,32 vs. 1,17, $p<.01$), entre el grupo de riesgo alto y el de riesgo bajo (4,32 vs. 0,82, $p<.001$) y entre el de riesgo alto y el control (4,32 vs. 1,01, $p<.01$) (véase Tabla 10.20).

En Rasgo de ira existen diferencias en el postratamiento entre el grupo de riesgo alto y el de riesgo medio (10,14 vs. 6,59, $p<.01$), entre el grupo de riesgo alto y el de riesgo bajo (10,14 vs. 3,83, $p<.001$), entre el de riesgo alto y el control (10,14 vs. 4,96, $p<.001$) y entre el de riesgo medio y el de riesgo bajo (6,59 vs. 3,83, $p<.001$) (véase Tabla 10.20).

En Expresión externa existen diferencias significativas en el postratamiento entre los grupos de riesgo alto y medio (6,39 vs. 3,66, $p<.001$), entre el grupo de riesgo alto y el de riesgo bajo (6,39 vs. 2,93, $p<.001$), entre el de riesgo alto y el control (6,39 vs. 4,03, $p<.01$) y entre el de riesgo bajo y el control (2,93 vs. 4,03, $p<.05$) (véase Tabla 10.20).

En Expresión interna existen diferencias en el postratamiento entre el grupo de riesgo alto y el de riesgo medio (7,59 vs. 5,13, $p<.01$), entre el grupo de riesgo alto y el de riesgo bajo (7,59 vs. 3,87, $p<.001$), entre el de riesgo alto y el control (7,59 vs. 4,78, $p<.01$) y entre el de riesgo medio y bajo (5,13 vs. 3,87, $p<.01$) (véase Tabla 10.20).

En Control externo existen diferencias en el postratamiento entre el grupo de riesgo medio y el control (14,24 vs. 11,79, $p<.01$) y entre el grupo de riesgo bajo y el control (14,06 vs. 11,79, $p<.01$) (véase Tabla 10.20).

Y, por último, en Control interno existen diferencias en el postratamiento entre el grupo de riesgo alto y el control (12,51 vs. 9,18, $p<.05$), entre el grupo de riesgo medio y el control (13,77 vs. 9,18, $p<.001$) y entre el grupo de riesgo bajo y el control (12,63 vs. 9,18, $p<.001$) (véase Tabla 10.20).

10.3. Eficacia del tratamiento sobre el nivel de reincidencia. Comparación de los resultados de los tres tipos de maltratadores frente a los del grupo de control

La Tabla 10.22 muestra los resultados del ANCOVA (controlando la variable edad) sobre las medias de detenciones policiales por violencia de género y las medias de la cantidad de medidas (controles específicos) que los Juzgados de Violencia sobre la Mujer han interpuesto sobre estos pacientes con el objetivo de proteger a sus víctimas.

No se hallaron efectos significativos del factor grupo ni de la interacción, mientras que el efecto del factor momento de la evaluación sí fue significativo tanto para el número de detenciones ($F= 14,70$; $p<.001$) como para el número de controles específicos ($F= 8,22$; $p<.01$) (véase Tabla 10.22).

Tabla 10.22. Medias de los grupos de pacientes en el número de detenciones y control específicos antes y después de su participación en el programa de tratamiento y resultados del ANCOVA sobre dichas medias.

Grupos	D. Pre	D. Post
Riesgo alto (N= 19)	0,74 ± 0,45	0,05 ± 0,23
Riesgo medio (N= 74)	0,53 ± 0,50	0,05 ± 0,23
Riesgo bajo (N= 173)	0,46 ± 0,57	0,04 ± 0,18
Control (N=44)	0,55 ± 0,66	0,07 ± 0,25

Grupo: $F_{(3,305)}= 1,67$; $p=0,18$; $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,016$
Momento de la evaluación: $F_{(1,305)}= 14,70$; $p<.001$ ***; $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,046$
Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)}= 1,10$; $p= 0,35$; $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,011$

Grupos	C. E. Pre	C. E. Post
Riesgo alto (N= 19)	1,12 ± 1,10	0,05 ± 0,23
Riesgo medio (N= 74)	0,99 ± 0,88	0,05 ± 0,23
Riesgo bajo (N= 173)	0,87 ± 0,83	0,1 ± 0,35
Control (N=44)	1,07 ± 0,86	0,03 ± 0,15

Grupo: $F_{(3,305)}= 0,47$; $p= 0,7$; $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,005$
Momento de la evaluación: $F_{(1,305)}= 8,22$; $p<.01$ **; $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,026$
Grupo × Momento de la evaluación: $F_{(3,305)}= 1,52$; $p= 0,21$; $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,015$

Nota. Los datos corresponden a la media ± desviación típica (DT).

* $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$; η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial; D. Pre = detenciones producidas antes de la evaluación pretratamiento; D. Post = detenciones producidas después de la evaluación postratamiento (o su equivalente para el grupo de control en lista de espera); C. E. Pre = controles específicos producidos antes de la evaluación pretratamiento; C. E. Post = controles específicos producidos después de la evaluación postratamiento (o su equivalente para el grupo de control en lista de espera).

Analizando el efecto de la interacción mediante comparaciones múltiples post-hoc (Bonferroni), se observan reducciones estadísticamente significativas entre el pre y el postratamiento en el número de detenciones policiales y en el número de medidas judiciales para los 4 grupos analizados (véase Tabla 10.23).

Respecto al tamaño del efecto, fue mayor en el grupo de riesgo alto, seguido del de riesgo medio, tanto para detenciones como para controles específicos (véase Tabla 10.23).

Tabla 10.23. Cambios pretratamiento-postratamiento en cada grupo de pacientes en el número de detenciones y controles específicos.

	Riesgo alto (N= 19)	Riesgo medio (N= 74)	Riesgo bajo (N= 173)	Control (N=44)
	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)	Cambio (pre-post)
Detenciones	-0,68*** $F_{(1,305)}= 24,71***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,08$	-0,47*** $F_{(1,305)}= 44,82***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,13$	-0,43*** $F_{(1,305)}= 86,70***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,22$	-0,48*** $F_{(1,305)}= 27,69***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,08$
Controles específicos	-1,07*** $F_{(1,305)}= 24,07***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,07$	-0,95*** $F_{(1,305)}= 72,48***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,19$	-0,77*** $F_{(1,305)}= 115,52***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,28$	-1,04*** $F_{(1,305)}= 52,94***$ $\eta^2_{\text{parcial}}= 0,15$

Nota. Los valores de las columnas indican la diferencia entre medias del número de detenciones y controles específicos producidos antes de la evaluación pretratamiento y los producidos tras la evaluación postratamiento.

η^2_{parcial} = eta cuadrado parcial.

* $p < .05$ ** $p < .01$ *** $p < .001$.

Por último, el porcentaje del grupo de riesgo alto, medio, bajo y control que vuelven a ser detenidos por un delito de violencia de género, tras finalizar el programa de intervención (entre 6 y 12 meses tras la finalización) es del 5,3%, 5,4%, 4% y 6,8% respectivamente. Mientras que el porcentaje de sujetos a los que se les impone una medida de control específico una vez finalizada la terapia es del 5,3% para el grupo de riesgo alto, 5,4% para el de riesgo medio, 8,7% para el de riesgo bajo y 2,3% para el control en lista de espera.

Capítulo 11

Discusión

11.1. Las tipologías como forma de clasificar a los maltratadores

Aunque inicialmente los estudios sobre maltratadores analizaban los factores de riesgo asociados a la agresión hacia la pareja, en la actualidad se da un paso más allá intentando ver si existen diferentes tipos de maltratadores con características clínicas sustancialmente diferentes. Estas tipologías ayudan a comprender de una manera más exhaustiva la violencia de género, intentando abordar de manera más específica las causas y motivaciones implicadas en este problema.

Investigaciones recientes indican que los maltratadores no son un grupo homogéneo, sin embargo, los diferentes intentos de clasificarlos han arrojado resultados dispares, aunque sí parece que hay puntos en común entre las diferentes tipologías propuestas por distintos autores. Así, como se puede observar en la Tabla 1.1 del Capítulo 1 de la presente tesis doctoral, existen tres tipos de maltratadores en función del riesgo de agresión a la pareja, riesgo a su vez relacionado con las características psicopatológicas del agresor, gravedad de la agresión, generalibilidad de la misma y demás dimensiones históricamente utilizadas a la hora de establecer diferentes tipos de maltratadores.

El primer objetivo de esta tesis doctoral era analizar si en la muestra de maltratadores del presente estudio, existen diferentes tipos de maltratadores en función de una serie de variables psicológicas: características de personalidad límite y antisocial, características de psicopatía, consumo de alcohol, impulsividad, agresividad en general, niveles de ira y agresividad hacia la pareja.

En este sentido, los resultados han confirmado la hipótesis planteada, ya que a través de un análisis de clúster, sin indicar el número de conglomerados que se esperaban obtener, se hallaron 3 tipos de maltratadores, quienes diferían en todas las variables psicológicas utilizadas para crear los conglomerados así como en la edad. Sin embargo, estos 3 grupos no difirieron en variables socio-demográficas como la nacionalidad, nivel de estudios, pareja que tenían al empezar el tratamiento y tipo de agresión a la pareja por la que fueron condenados. Lo que nos indica que estos 3 grupos son diferentes únicamente en la edad y en características psicológicas y equiparables en

el resto de variables socio-demográficas, salvo en la variable profesión, ya que se encontró una mayor proporción de *Directivos/empresarios/funcionarios/administrativos* en el conglomerado de riesgo de violencia bajo y una mayor proporción de *Parados/pensionistas-jubilados* en el grupo de riesgo alto.

El grupo más pequeño de los 3 encontrados estaba formado por 19 pacientes, lo que constituía el 7,1% de la muestra y corresponde con lo que hemos designado como grupo de riesgo alto de violencia de género, ya que obtuvieron puntuaciones estadísticamente más elevadas que las obtenidas por el grupo de riesgo medio y por el de riesgo bajo en las variables: consumo de alcohol (medido con los cuestionarios AUDIT y CAGE), características de personalidad límite y antisocial (medidas con la SCID-II), psicopatía primaria y secundaria (medida con la escala de Psicopatía de Levenson), impulsividad (medida con la escala de impulsividad de Barratt) e ira estado e ira rasgo (medidas con la escala STAXI-2).

Asimismo, el grupo de riesgo alto obtuvo puntuaciones estadísticamente superiores que las del grupo de riesgo bajo en agresividad física, verbal, irascibilidad y hostilidad (medidas con el cuestionario de Agresión-AQ),

El grupo riesgo medio de violencia de género, estaba constituido por 74 pacientes (el 27,8% de la muestra) y se caracteriza por puntuaciones estadísticamente superiores que las obtenidas por el grupo de riesgo bajo en: agresividad física, verbal, irascibilidad y hostilidad (medidas con el cuestionario de Agresión-AQ), consumo de alcohol (medido con los cuestionarios AUDIT y CAGE), características de personalidad límite y antisocial (medidas con la SCID-II), psicopatía primaria y secundaria (medida con la escala de Psicopatía de Levenson), impulsividad (medida con la escala de impulsividad de Barratt) y en ira rasgo y expresión y control de ira (medidas con la escala STAXI-2).

Por último, el grupo de riesgo bajo formado por 173 pacientes, más de la mitad de la muestra (65%), constituía el grupo con las puntuaciones más bajas en las diferentes medidas analizadas.

Respecto al nivel de violencia hacia la pareja, medido a través de la CTS2, el grupo de riesgo alto presentaba un mayor número de incidentes de violencia psicológica menor y severa, física menor y severa, sexual severa y daños menores y severos que el grupo de riesgo medio y el grupo de riesgo bajo. El grupo de riesgo medio presentaba puntuaciones más elevadas en episodios de agresividad psicológica menor y severa y coerción sexual menor. Mientras que en coerción sexual menor, el grupo de riesgo alto presentó un mayor número de incidentes que el grupo de riesgo bajo, pero no con respecto al grupo de riesgo medio.

Estos resultados confirman la tipología propuesta por diversos autores que establecen que existen 3 tipos diferentes de maltratadores (Hamberger et al., 1996; Holtzworth-Munroe et al., 2000; Langhinrichsen-Rohlin et al., 2000; Rothschild et al., 1997; Waltz et al., 2000; White y Gondolf, 2000) y que queda plasmada en la tipología propuesta por Cavanaugh y Gelles (2005), quienes sintetizaron aquellos aspectos y dimensiones comunes a diferentes tipologías existentes en la bibliografía científica, hablando de un continuo de nivel de riesgo de violencia: bajo, moderado y alto. Los maltratadores de *riesgo bajo* serían aquellos que apenas ejercen violencia severa, las agresiones son poco frecuentes, no tienen trastornos psicopatológicos y no tienen antecedentes penales. Los maltratadores de *riesgo moderado* se caracterizarían por una mayor frecuencia y gravedad de los actos violentos y mayor presencia de psicopatología y, por último, en los de *riesgo alto* los actos violentos hacia la pareja son muy frecuentes y graves, tienen una alta presencia de problemas psicopatológicos y frecuentemente otras formas de comportamiento criminal.

Sin embargo, analizando la proporción de cada uno de los 3 subtipos que Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) proponían, estos porcentajes no se corresponden con los que hemos obtenido en este estudio. Por un lado, Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) hipotetizaban que los tres tipos se distribuían en un 25% para los *violentos en general* un 25% para los *borderline* y un 50% para los *violentos únicamente en la familia* o no patológicos. Mientras que en una revisión de Dixon y Browne (2003) donde analizaban diferentes tipologías de maltratadores remitidos a tratamiento psicológico por la justicia, encontraron de media que los *violentos en general* constituían un 36,3%, los *borderline* un 27,7% y los *no patológicos* un 37,7%. En la

muestra del presente estudio, el grupo de riesgo medio, que se correspondería con el *borderline/disfórico* de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) constituye el 27,8% de la muestra, dato que casi coincide con el 27,7% encontrado por Dixon y Browne (2003) y muy aproximado al 25% propuesto por Holtzworth-Munroe y Stuart (1994). Sin embargo, el grupo de riesgo alto en el presente estudio constituye un 7,1%, muy por debajo de lo propuesto por ambos autores, mientras que los no patológicos, el grupo de riesgo bajo que en la presente tesis doctoral constituye el 65%, está por encima del 50% propuesto por Holtzworth-Munroe y Stuart y por encima del 41,9% de media que hallaron Dixon y Browne en su revisión.

Algunas de las implicaciones de los resultados encontrados en la presente tesis doctoral, es la existencia de un continuo entre los diferentes tipos de maltratadores, ya que la tendencia general, como se acaba de comentar, es que el grupo de riesgo alto puntúa significativamente más que el grupo de riesgo medio y que el grupo de riesgo bajo, en las diferentes variables analizadas, mientras que el grupo de riesgo medio puntúa de manera significativamente superior que el grupo de riesgo bajo.

Por otro lado, uno de los principales problemas de los programas de tratamiento psicológico con maltratadores es su impacto mínimo comparado con otras intervenciones como la judicial, por ejemplo, la libertad condicional. Además, el tamaño del efecto de estos programas de intervención con maltratadores es relativamente pequeño y son programas con unas tasas de abandono bastante elevadas. En este sentido, sería importante analizar si estos tres problemas se derivan de que tratemos por igual a todos los maltratadores independientemente de sus características particulares.

Analizando las posibles tipologías, se podría predecir el riesgo de agresión hacia la pareja y determinar la probabilidad de reincidencia, en función de las características del subtipo al que pertenezcan. Además, en lo relativo a la eficacia de las intervenciones, el establecimiento de tipologías permitiría, además de ayudar en la prevención de la violencia hacia la pareja, diseñar protocolos de intervención específicos, que sirvan para cubrir las necesidades psicológicas concretas de los diferentes tipos de agresores. El objetivo final de establecer tipologías es analizar no

sólo qué tipo de programa funciona, sino qué aspectos funcionan, para qué tipo de hombres y bajo qué circunstancias concretas. De hecho, según Holtzworth-Munroe et al. (2000) la baja tasa de efectividad de la terapia puede deberse a que los terapeutas no aplican diferentes intervenciones en función de los diferentes tipos de agresores o de la diferente procedencia de los mismos (voluntarios vs. remitidos por la justicia).

En este sentido, con los maltratadores de *riesgo bajo* habría que trabajar el control de la ira y las ideas distorsionadas sobre la mujer y sobre el uso de la violencia como estrategia de solución de problemas. También podría ser conveniente la terapia de pareja en aquellos casos en los que la violencia sea claramente bidireccional y si ambos miembros de la pareja están de acuerdo en acudir a tratamiento. Con los maltratadores de *riesgo moderado* habría que hacer hincapié en la regulación de la ira, los celos, la dependencia emocional, estado de ánimo depresivo, características borderline y toda aquella psicopatología que presenten. Además, se deberían abordar los mismos aspectos que en la tipología anterior, excepto la terapia de pareja. También sería conveniente abordar las creencias automáticas y percepciones relacionadas con la violencia y el rol de la mujer, así como entrenar en habilidades de comunicación y solución de problemas. Por último, los maltratadores de *riesgo alto* responderían peor al tratamiento, siendo menos propensos a completarlo (Huss y Ralston, 2008; Langhinrichsen-Rohling et al., 2000). En cualquier caso, a lo que mejor pueden responder estos agresores es a intervenciones de corte cognitivo-conductual centradas en cambiar las contingencias de su conducta violenta, así como a intervenciones psicosociales centradas en los costes de la agresión (costes económicos, pérdida de libertad, etc.). En estos casos, el tratamiento debería ser llevado a cabo en un contexto muy controlado (prisión, suspensión de la pena condicionada a la asistencia a la terapia, etc.) (Amor, Echeburúa y Loinaz, 2009; Cavanaugh y Gelles, 2005).

11.2. Eficacia del tratamiento psicológico de maltratadores sobre variables psicológicas asociadas a la violencia hacia la pareja

No hay estudios que analicen la diferente eficacia de un mismo programa de tratamiento en función de la tipología de maltratadores presente en la muestra. La mayoría de los estudios se centran en identificar diferentes tipologías de maltratadores, pero ninguno ha introducido aún diferentes modalidades de tratamiento para cada uno de los subtipos, ni se han analizado el diferente impacto de una misma intervención sobre los diferentes tipos de maltratadores (Babcock et al., 2004). Sin embargo, este sería un punto crucial para que las intervenciones puedan ser más eficaces e incluso para evitar tasas de abandono tan elevadas como las que se han reflejado en el capítulo 7 de la presente tesis doctoral. En este sentido, en el presente estudio se planteaba un objetivo que era comparar la eficacia del tratamiento en función de la pertenencia a uno u otro grupo de maltratadores y, asimismo, comparar los subtipos de maltratadores encontrados, habiendo participado todos ellos en el mismo programa de intervención, con un grupo de control en lista de espera.

Sí existe un estudio de Clements, Holtzworth-Munroe, Gondolf y Meehan (2002) donde analizaban si el pertenecer a uno u otro subtipo podría estar relacionado con los resultados en el tratamiento. Los resultados indicaban que el grupo de *antisociales leve* tenían una mayor probabilidad de dejar de agredir (incluyendo agresiones verbales) que los *violentos en general* y los *borderline*. Mientras que a los 48 meses tras finalizar el tratamiento, los tres grupos mostraban tasas de reincidencia (volvían a ser detenidos) similares y más elevadas que el grupo de los *violentos únicamente en la familia*. Con lo que podría interpretarse que una medida sobre la severidad de la violencia, podría ser igualmente útil a la hora de predecir reincidencia en el futuro, ya que el pertenecer a un tipo u otro no añadía mucha más información.

En la presente tesis doctoral sí se analiza la eficacia del tratamiento en una serie de medidas psicológicas y en el nivel de reincidencia, para cada uno de los tres subtipos encontrados, así como para el grupo de control en lista de espera.

11.2.1. Resultados en conducta

11.2.1.1. Resultados en agresividad hacia la pareja

En la Tabla 11.1 se muestra de manera esquemática si se ha producido una mejoría o si no se han observado cambios significativos en cada una de las escalas de la CTS2, tanto para perpetración como para victimización, entre el pre y el postratamiento.

Tabla 11.1. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en las escalas de la CTS2 para cada uno de los 4 grupos analizados.

		RIESGO ALTO	RIESGO MEDIO	RIESGO BAJO	CONTROL
Agresión hacia la pareja (CTS2)	Psicológica perpetración	+	+	+	/
	Física perpetración	+	+	/	+
	Sexual perpetración	+	+	/	/
	Daño perpetración	+	+	/	/
	Psicológica victimización	+	+	+	/
	Física victimización	+	+	+	/
	Sexual victimización	+	/	/	/
	Daño victimización	+	/	/	/

+ = Mejoran; - = Empeoran; / = Sin cambios

Como se puede observar en la Tabla 11.1, tanto en lo referente a agresión sexual como a daños producidos en las víctimas, sólo disminuyeron la media de actos de este tipo, los grupos de riesgo alto y medio, mientras que la media de agresiones psicológicas solo disminuyó en los 3 grupos que recibieron tratamiento y la media de agresiones físicas disminuyó en los grupos de riesgo alto y medio y en el grupo de control en lista de espera. Por tanto, los tres grupos que recibieron tratamiento disminuyeron en agresión psicológica, mientras que en agresión física, coerción sexual y daños solo disminuyeron los grupos de riesgo alto y medio, resultados que van en la línea de otras investigaciones que concluyen que existe una disminución de las conductas violentas hacia la pareja tras la intervención psicológica (Hamberger y

Hastings, 1988; Morrel et al., 2003; O'Leary et al., 1999). Por otro lado, el grupo control ni aumentó ni disminuyó en agresión psicológica, ni en coerción sexual, ni en daños. Únicamente mejoró en agresión física donde se produjo una disminución estadísticamente significativa entre el pre y el postratamiento.

En este sentido, parece que existe cierta consistencia en que los grupos de riesgo alto y medio son en los que se producen cambios en los cuatro tipos de agresión, mientras que en el grupo de control llama la atención que se produzca una disminución de los episodios de violencia física, si bien es cierto que toda la muestra, incluidos los del grupo de control, están inmersos en un proceso judicial activo, que puede estar incidiendo en que en este grupo, a pesar de no recibir tratamiento, el proceso judicial haya sido clave para hacer que disminuya su uso de la violencia física. Sin embargo, el resto de tipos de actos agresivos, como psicológicos o sexuales, no sufren variación únicamente con el proceso judicial, ya que probablemente la intervención psicológica está incidiendo en que estos pacientes tomen conciencia de que existen otro tipo de conductas, además de la violencia física, que también constituyen agresiones, como la violencia psicológica y la coerción sexual.

El hecho de que en el grupo de riesgo bajo solo se den cambios significativos en agresión psicológica, podría explicarse en el sentido de que este grupo es el de menor riesgo de violencia hacia la pareja, con menor gravedad de actos agresivos y menor frecuencia de los mismos, así como menor desviación psicopatológica, por lo que sus niveles en otro tipo de agresiones (físicas, sexuales y daños) ya eran más bajos en el pre tratamiento que en los otros dos grupos, por lo que el cambio respecto al postratamiento fue menor y no llegó a ser significativo.

También cabe resaltar que en la escala de Agresión psicológica, a pesar de que en el grupo de riesgo alto se produce una reducción significativa (diferencia entre medias de 71,45) entre el pre y el postratamiento, los niveles de agresión psicológica en el postratamiento del grupo de riesgo alto siguen siendo significativamente más altos que los del grupo de riesgo medio (12,72 vs. 4,36) y bajo (12,72 vs. 3,12). Por tanto, a pesar del cambio tan significativo en agresión psicológica de este grupo de riesgo alto,

no fue suficiente para conseguir llegar a los niveles de los otros dos grupos experimentales en el postratamiento.

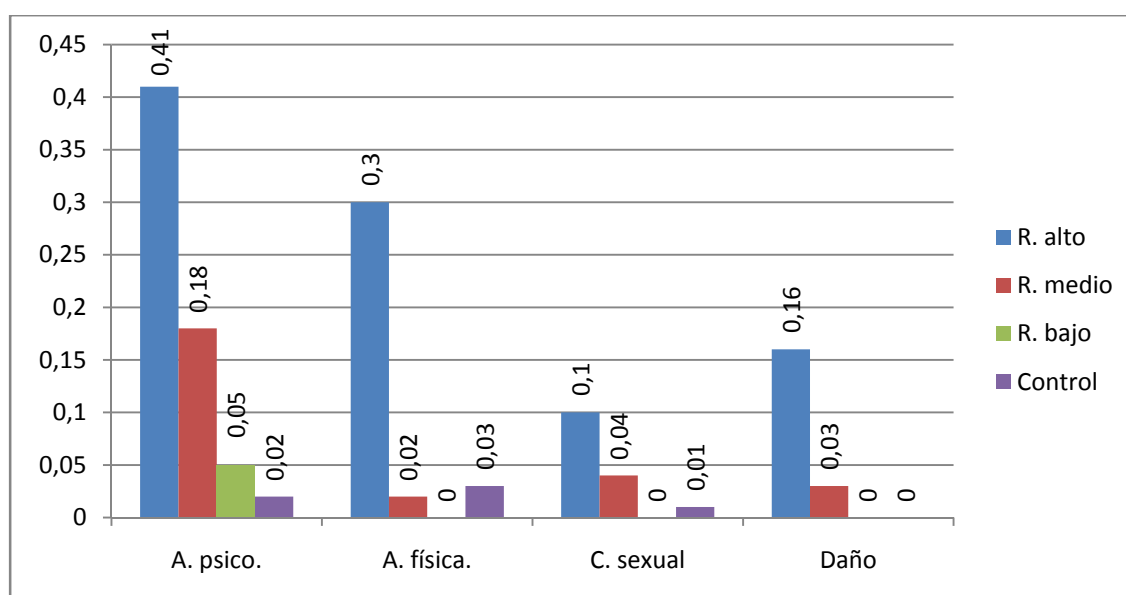
Analizando la victimización, es decir, lo que los pacientes refieren que sus parejas les han hecho, los 3 grupos que recibieron tratamiento refirieron sentirse menos víctimas de violencia física y psicológica, tras su participación en el mismo. Mientras que solo el grupo de riesgo alto refirió sentirse menos víctima tras el tratamiento en coerción sexual y en daños, ya que en ambas escalas el grupo de riesgo alto partía de niveles más elevados que los otros dos grupos. En las 4 escalas, los 3 grupos de tratamiento independientemente del nivel del que partían, llegan a niveles similares en el postratamiento, ya que no se observan diferencias significativas entre ellos. En este sentido, podemos hipotetizar que el programa de tratamiento tiene un efecto importante en los referente a cómo se ven ellos como víctimas, ya que los tres grupos que recibieron tratamiento refieren sentirse menos víctimas de violencia psicológica y física, si bien en coerción sexual y daño solo disminuye la victimización en el grupo de riesgo alto, ya que los otros dos partían de niveles muy bajos ya en el pre, ya que probablemente en estos dos grupos al ser de menor riesgo, no se producían habitualmente estos incidentes dentro de la relación de pareja. En este sentido, podemos concluir que el programa de tratamiento tiene un peso específico e importante a la hora de disminuir la minimización y la justificación de lo que ellos hacen, disminuyendo también lo que ellos piensan y creen que sus parejas les han hecho.

Resaltar también que en el grupo de control no se produjeron cambios en victimización para ninguno de los tipos de violencia ni para daños, por lo que podemos concluir que el programa de tratamiento tiene un peso específico e importante a la hora de modificar ciertas cogniciones acerca de lo que piensan que sus parejas les hacen a ellos.

Analizando el tamaño del efecto que tiene la pertenencia a cada una de las modalidades terapéuticas sobre los resultados obtenidos en el postratamiento, se puede observar que, en perpetración, los mayores efectos se han producido en el grupo de riesgo alto, desde un 41% en Agresión psicológica a un 10% en Coerción sexual. A continuación, en cuanto a tamaños del efecto encontrados, se encuentra el grupo de

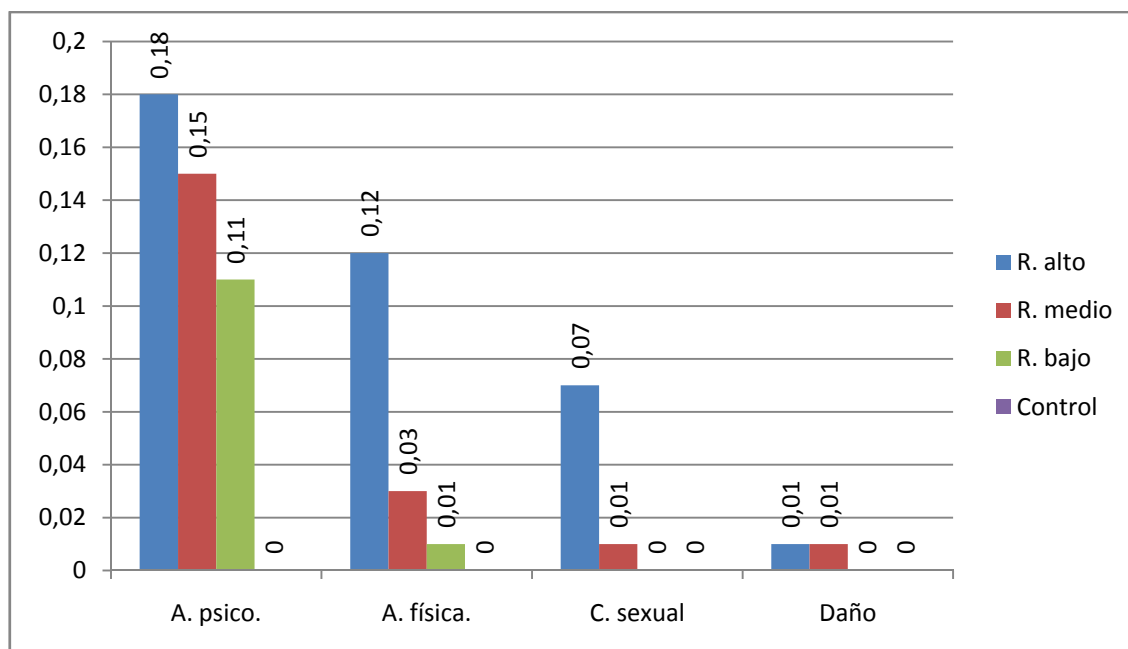
riesgo medio, cuyos tamaños del efecto en las diferentes variables de la CTS2 perpetración están entre el 18% en Agresión psicológica y el 2% en Agresión física. Mientras que en el grupo de riesgo bajo y el control, ningún tamaño del efecto en las distintas variables de perpetración supera el 5% (véase Gráfico 11.1).

Gráfico 11.1. Tamaño del efecto (η^2 cuadrado parcial) para las escalas de la CTS2-perpetración en cada uno de los grupos.



Respecto al tamaño del efecto de las escalas de victimización ocurre algo muy similar, el grupo de riesgo alto es el que presenta unos tamaños del efecto más elevados en las 4 escalas, en comparación con los otros 3 grupos, si bien son tamaños del efecto menores que para las mismas escalas en perpetración. En este caso, van del 18% en Agresión psicológica al 1% en Daños. Igualmente, el grupo de riesgo medio presenta tamaños del efecto del 15% en Agresión psicológica al 1% en Coerción sexual y Daños. Comentar que el grupo de riesgo bajo únicamente en Agresión psicológica presenta un tamaño del efecto del 11%, mientras que en las otras 3 escalas presenta tamaños del efecto de 0% o 1%, y el grupo de control presenta tamaños del efecto de 0% en las 4 escalas de victimización (véase Gráfico 11.2).

Gráfico 11.2. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) para las escalas de la CTS2-victimización en cada uno de los grupos.



Podemos concluir por tanto, que en lo que se refiere a agresividad hacia la pareja, la tendencia es que el grupo de riesgo alto es en el que el programa ha tenido un mayor efecto en las 4 medidas, seguido del grupo de riesgo medio, resaltando también que sobre todo es en Agresión psicológica, seguido de la física, donde el programa tiene un mayor efecto para los 3 grupos que recibieron tratamiento.

11.2.1.2. Resultados en consumo de alcohol

Analizando las conductas de consumo de alcohol, en la Tabla 11.2 se muestran los cambios significativos observados en los cuestionarios AUDIT y CAGE, entre el pre y el postratamiento.

Tabla 11.2. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en los cuestionarios AUDIT y CAGE para cada uno de los 4 grupos analizados.

		RIESGO ALTO	RIESGO MEDIO	RIESGO BAJO	CONTROL
Consumo Alcohol	AUDIT	+	+	+	+
	CAGE	/	+	+	+

+ = Mejoran; - = Empeoran; / = Sin cambios

Como se puede observar en la Tabla 11.2, existen ciertas contradicciones utilizando dos cuestionarios que miden consumo y dependencia del alcohol. Por un lado, medido con el cuestionario AUDIT, el consumo de alcohol disminuye de manera significativa en los 4 grupos y, por el otro, medido con el cuestionario CAGE, el consumo disminuye en todos los grupos salvo en el de riesgo alto, en el que no se dan cambios entre el pre y el postratamiento, ya que de inicio parten de una puntuación más elevada en el pretratamiento. Esto puede deberse a que el grupo de riesgo alto es el que presenta una mayor problemática con el alcohol y el cuestionario CAGE consta de 4 ítems que preguntan no sobre un periodo concreto, si no sobre si alguna vez ha pensado que debería beber menos, si alguna vez se ha sentido culpable por beber, etc., con lo que es un cuestionario que pregunta por hechos que han podido ocurrir a lo largo de la vida y su sensibilidad al cambio de la conducta de beber puede ser escasa.

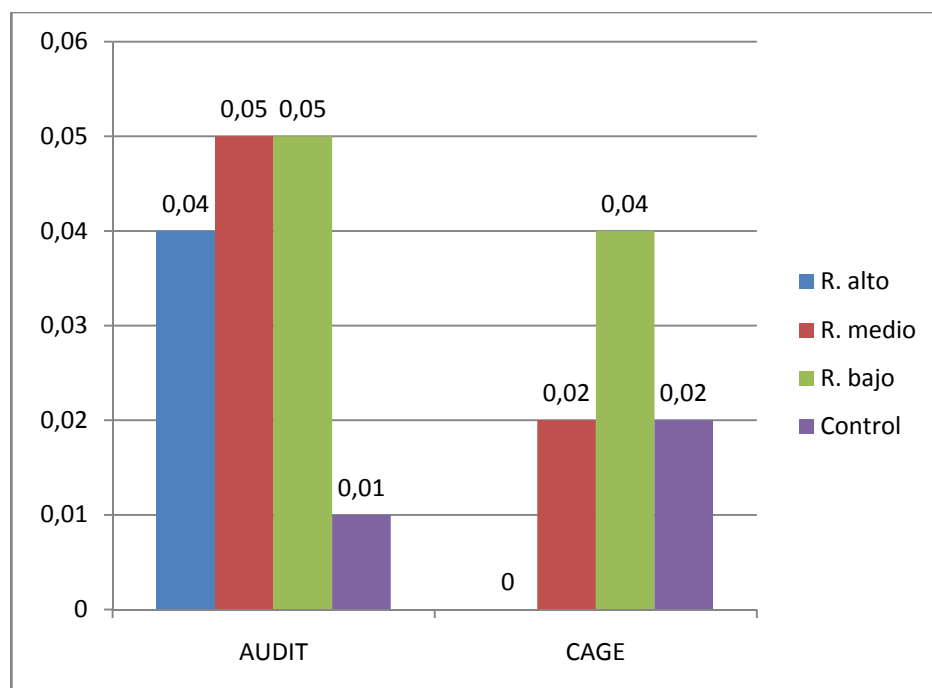
Hay que resaltar también, que a pesar de que en todos los grupos se produjo una disminución en las puntuaciones del cuestionario AUDIT, la mayor reducción se produjo en el grupo de riesgo alto (diferencia entre medias de 3,63), a pesar de lo cual este grupo no llegó a los niveles de los otros tres grupos en consumo de alcohol, ya que en el postratamiento puntuaba significativamente más que el grupo de riesgo medio (8,21 vs. 4,72), que el grupo de riesgo bajo (8,21 vs. 3,20) y que el grupo de control (8,21 vs. 4,33).

Mientras que analizando los resultados en el postratamiento del cuestionario CAGE, ocurrió algo similar, en el sentido de que además de no producirse una

reducción significativa entre el pre y el postratamiento en el grupo de riesgo alto, también puntuaban significativamente más en el postratamiento que el grupo de riesgo medio (1,72 vs. 0,81), que el grupo de riesgo bajo (1,72 vs. 0,42) y que el grupo de control (1,72 vs. 0,64).

Al analizar el tamaño del efecto de la pertenencia a cada una de las modalidades terapéuticas, se puede observar que en el cuestionario CAGE el tamaño del efecto para el grupo de riesgo alto fue del 0%, mientras que en el resto de grupos no superó el 5% ni en el AUDIT ni en el CAGE (véase Gráfico 11.3).

Gráfico 11.3. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) en consumo de alcohol en cada uno de los grupos.



11.2.1.3. Resultados en ajuste de la relación de pareja

Como se puede observar en la Tabla 11.3, en lo que al ajuste de la relación de pareja se refiere, los 3 grupos que recibieron tratamiento mejoraron en las escalas de Consenso, Satisfacción, Expresión de afecto, Cohesión y Ajuste con la pareja total,

mientras que el grupo de control en lista de espera no varió en ninguna de estas medidas de ajuste diádico, por lo que podemos concluir que el programa de intervención tiene una influencia positiva a la hora de mejorar la relación de pareja, independientemente del grupo de riesgo al que pertenezca el paciente (véase Tabla 11.3).

Tabla 11.3. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en las subescalas de la Escala de Ajuste diádico para cada uno de los 4 grupos analizados.

	RIESGO ALTO	RIESGO MEDIO	RIESGO BAJO	CONTROL
Relación de pareja (Escala de Ajuste diádico)	Consenso	+	+	/
	Satisfacción	+	+	/
	Expresión de afecto	+	+	/
	Cohesión	+	+	/
	Ajuste total	+	+	/

+ = Mejoran; - = Empeoran; / = Sin cambios

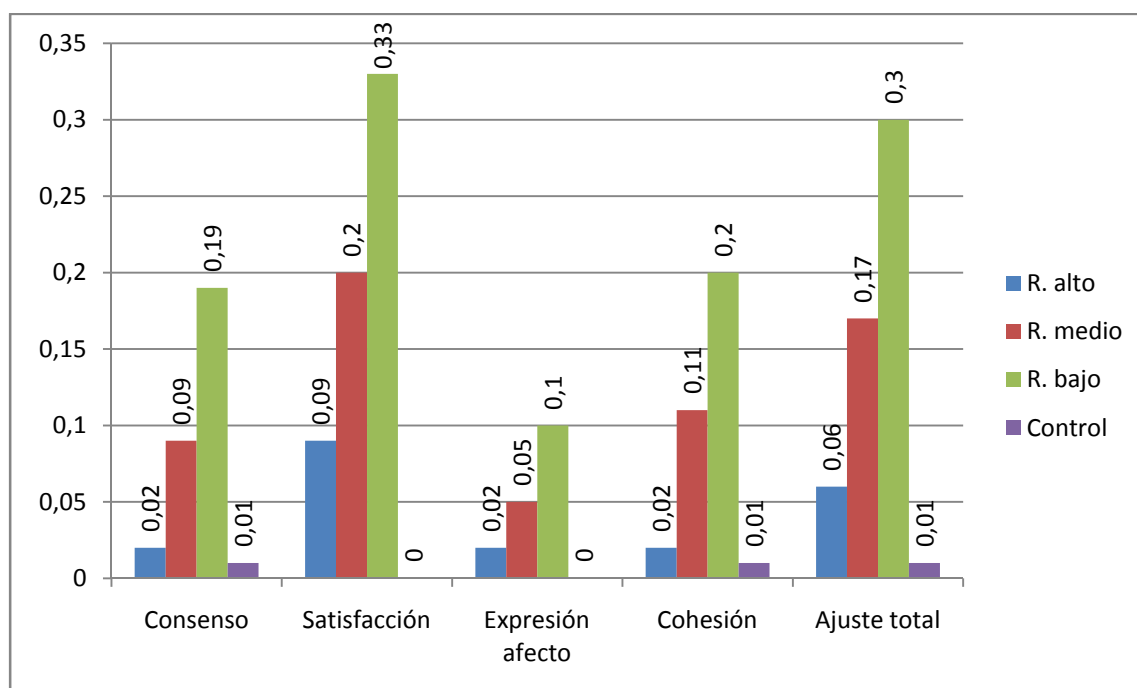
Sin embargo, hay que destacar que a pesar de que los 3 grupos mejoran significativamente en todas las escalas de ajuste diádico analizadas, los 4 grupos partían de niveles similares en el pretratamiento en todas las medidas de la Escala de Ajuste diádico, únicamente en Satisfacción el grupo de riesgo alto tenía en el pretratamiento unos niveles significativamente más bajos que el grupo de riesgo bajo y que el control. Sin embargo, a pesar de que todos partían de niveles equiparables sí existen diferencias significativas en el postratamiento entre ellos. En el postratamiento, el grupo de riesgo alto tiene niveles significativamente más bajos que el grupo de riesgo bajo en Consenso (51,26 vs. 55,89) y en Ajuste total (113,44 vs. 123,76) y también tiene un nivel más bajo que el grupo de riesgo medio en Satisfacción (36,98 vs. 40,66). Por tanto, en estas 3 escalas, a pesar de que el grupo de riesgo alto mejora de manera significativa en el postratamiento, sigue obteniendo niveles menores que el de otros grupos que también han recibido tratamiento.

Respecto a los resultados del grupo de control en lista de espera, como ya se ha comentado no se produjeron cambios significativos en ninguna de las medidas de ajuste diádico analizadas. Además, resaltar que en el postratamiento el grupo de control no se diferenció de las puntuaciones obtenidas por el grupo de riesgo alto (salvo en Satisfacción), pero sí mostró menos niveles que el grupo de riesgo medio y bajo en 4 de las 5 medidas. En concreto, en el postratamiento el grupo de control presenta niveles significativamente más bajos que el grupo de riesgo alto (36,98 vs. 32,83), medio (40,66 vs. 32,83) y bajo (40,72 vs. 32,83) en Satisfacción. Asimismo, presenta niveles en el postratamiento significativamente menores que el grupo de riesgo bajo en Expresión de afecto (10,53 vs. 9,79), que el grupo de riesgo bajo (16,61 vs. 13,65) y medio (17,03 vs. 13,65) en Cohesión y que el grupo de riesgo medio (122,12 vs. 110,71) y bajo (123,76 vs. 110,71) en Ajuste total.

Por tanto, no solo no se producen cambios significativos en el grupo de control, sino que presenta niveles más bajos en diferentes medidas de Ajuste diádico en comparación con algunos de los grupos que sí han recibido tratamiento psicológico. A partir de lo cual, podemos concluir que el programa de tratamiento tiene un efecto positivo a la hora de mejorar la calidad de la relación de pareja.

Analizando el tamaño del efecto, se observa que los tamaños del efecto más elevados en las 5 medidas de ajuste diádico se producen en el grupo de riesgo bajo, entre el 33% de la subescala de Satisfacción al 10% de Expresión de afecto. Mientras que el grupo de riesgo medio es el que presenta los tamaños del efecto más elevados por detrás del grupo de riesgo bajo (del 20% en Satisfacción al 5% en Expresión de afecto) (véase Gráfico 11.4). Resaltando que los tamaños del efecto más elevados para los tres grupos que recibieron tratamiento se dan en la subescala Satisfacción (del 33% al 9%), mientras que los tamaños del efecto más bajos se observan en Expresión de afecto (del 10% al 2%).

Gráfico 11.4. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) en ajuste con la pareja en cada uno de los grupos.



Tras analizar los tamaños del efecto de los diferentes grupos, podemos concluir que el programa de tratamiento psicológico tiene un mayor efecto a la hora de mejorar la calidad de la relación de pareja en el grupo de maltratadores de riesgo bajo, seguido del grupo de riesgo medio, a pesar de que el grupo de riesgo alto también mejora de manera significativa. En concreto, la medida de ajuste sobre la que el programa tiene más efecto es Satisfacción, mientras que la medida que se ha visto menos influida por el programa de tratamiento ha sido Expresión de afecto.

11.2.2. Resultados en características de personalidad

11.2.2.1. Resultados en características de personalidad límite

En la Tabla 11.4 se puede observar de manera esquemática las áreas de personalidad límite en la que se han producido cambios significativos entre el pre y el postratamiento en cada uno de los 4 grupos.

Tabla 11.4. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en las subescalas de la Organización límite de la personalidad, para cada uno de los 4 grupos analizados.

		RIESGO ALTO	RIESGO MEDIO	RIESGO BAJO	CONTROL
Características de personalidad límite (BPO)	Difusión identidad	+	+	/	/
	Comprobación realidad	/	/	+	+
	Defensas primitivas	+	+	+	+
	Total	+	+	+	+

+ = Mejoran; - = Empeoran; / = Sin cambios

Analizando los resultados en características de personalidad límite total, se observa que los cuatro grupos disminuyen significativamente en dichos rasgos entre el pre y el postratamiento. Lo mismo ocurre analizando uno de los componentes de la organización límite de la personalidad, *defensas primitivas*, en la que igualmente los 4 grupos mejoran en el postratamiento. Sin embargo, en *difusión de la identidad* y en *comprobación de la realidad* encontramos resultados contradictorios, mientras que en la primera los grupos de riesgo alto y medio mejoran tras el programa de tratamiento, en la segunda únicamente mejoran tras el tratamiento el grupo de riesgo bajo y el grupo de control (véase Tabla 11.4).

Analizando los ítems y la definición de cada una de las escalas que forman el cuestionario para medir Organización límite de la personalidad, podemos comprobar que la escala de *defensas primitivas* en la que los cuatro grupos cambian y mejoran, hace referencia a mecanismos defensivos que el individuo de manera inconsciente pone en marcha para minimizar las consecuencias de situaciones excesivamente intensas, consiguiendo así el individuo continuar con una cierta estabilidad mental (*me resulta difícil fiarme de las personas porque a menudo se vuelven contra mi o me traicionan; la gente tiende a responderme o bien agobiándome con amor, o bien abandonándome; la causa de mis dificultades son los acontecimientos incontrolables*). En este sentido, tras el proceso judicial al que los pacientes de los 4 grupos se han enfrentado, y teniendo en

cuenta los cambios a nivel social, familiar y personal a los que se han enfrentado y el impacto que la condena ha tenido sobre ellos, parece normal que inicialmente presentaran en mayor medida este tipo de defensas y que tras el tratamiento ya no sean tan necesarias (véase Tabla 11.4).

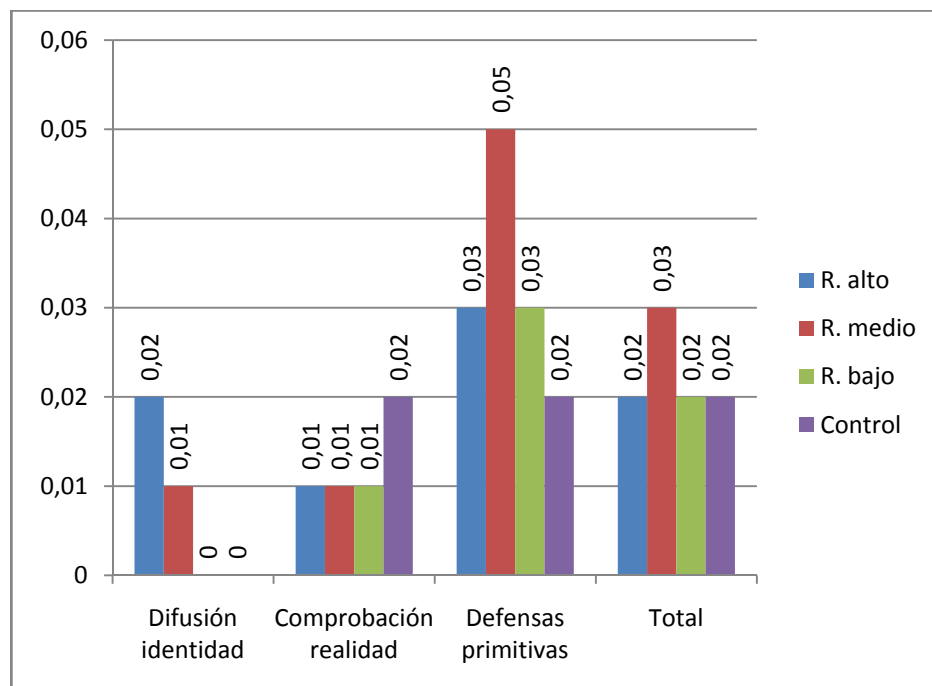
Mientras que la escala de *comprobación de la realidad*, que hace referencia a la capacidad del individuo para percibir adecuadamente la realidad (*oigo cosas que los demás dicen que no están ahí; he tenido relaciones en las que no podía sentir si yo o la otra persona estaba pensando o sintiendo algo; creo que las cosas ocurrirán simplemente por pensar en ellas*), los grupos de riesgo alto y medio tienen una percepción de la realidad más alterada y confusa (niveles más elevados en esta escala) en el pre tratamiento, y si bien disminuyen en el postratamiento, esa disminución no es estadísticamente significativa, mientras que el grupo de riesgo bajo y el grupo control parten de niveles más bajos en el pre y además el cambio que sufren es significativo. Lo que nos podría estar indicando que el programa de tratamiento, que por otra parte no aborda específicamente esta temática, no tiene un impacto suficiente para mejorar esta percepción distorsionada de la realidad en aquellos individuos que la tienen más arraigada (véase Tabla 11.4).

Por último, en la escala de *difusión de la identidad*, alteraciones en la identidad personal que les llevan a tener sentimientos de incoherencia, de estar vacío por dentro, etc. (*me veo de formas totalmente diferentes en distintos momentos; tengo miedo de perder el control cuando mantengo relaciones sexuales; me siento vacío/a por dentro*), el grupo de riesgo bajo y el control presentan niveles bajos en comparación con los otros dos grupos y no presentan cambios en el postratamiento, mientras que en los grupos de riesgo alto y medio sí que parten de niveles más elevados de alteraciones en la identidad personal y el programa de tratamiento en estos grupos sí tiene un efecto significativo (véase Tabla 11.4).

Sin embargo, cabe resaltar que analizando los resultados en el postratamiento de cada uno de los 4 grupos, es decir, analizando los niveles a los que llegan, se observa una tendencia muy clara en las 4 medidas de organización límite de la personalidad. Tanto en la subescala total, como en *Difusión de la identidad*, *Comprobación de la*

realidad y *Defensas primitivas*, el grupo de riesgo alto tiene niveles más elevados que el grupo de riesgo bajo y que el grupo de control y el grupo de riesgo medio tiene también niveles más elevados que el grupo de riesgo bajo y el control en el postratamiento (salvo en *Comprobación de la realidad*, donde el grupo de riesgo medio sí tiene un nivel en el postratamiento más elevado que el grupo de riesgo bajo, pero no que el grupo de control). Por tanto, a pesar de las reducciones significativas producidas, el grupo de riesgo alto sigue presentando en el post niveles significativamente mayores en las 4 medidas, seguidos del grupo de riesgo medio, si bien es cierto que también partían de puntuaciones más elevadas en el pretratamiento, lo que podría explicar que, a pesar de la reducción producida por ejemplo en *Comprobación de la realidad*, esa reducción no haya llegado a ser significativa.

Gráfico 11.5. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) en características de personalidad límite en cada uno de los grupos.



Respecto al tamaño del efecto, destacar que el mayor efecto del programa se observa en *Defensas primitivas*, que va del 5% al 3%, seguido de la Escala total, con

valores del 3% al 2%, si bien son tamaños del efecto bajos para todas las subescalas (véase Gráfico 11.5).

11.2.2.2. Resultados en características de psicopatía

En la Tabla 11.5 se presentan los cambios producidos entre el pre y el postratamiento en psicopatía primaria, secundaria y total en cada uno de los 4 grupos.

Tabla 11.5. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en las subescalas de Psicopatía para cada uno de los 4 grupos analizados.

		RIESGO ALTO	RIESGO MEDIO	RIESGO BAJO	CONTROL
Psicopatía (Levenson)	Primaria	+	/	/	+
	Secundaria	+	+	+	/
	Total	+	/	/	/

+ = Mejoran; - = Empeoran; / = Sin cambios

Como puede observarse en la Tabla 11.5, teniendo en cuenta la escala total, únicamente en el grupo de riesgo alto se produce una mejoría estadísticamente significativa, si bien parten de un nivel más elevado en el pretratamiento en comparación con el resto de grupos. Sin embargo, a pesar de que el grupo de riesgo alto es el único que cambia en la escala total, siguen puntuando significativamente más alto en el postratamiento que el grupo de riesgo bajo (26,68 vs. 17,43), que el grupo de riesgo medio (26,68 vs. 21,22) y que el grupo de control (26,68 vs. 19,11) (véase Tabla 11.5).

Por otro lado, analizando las dos subescalas, Psicopatía primaria y secundaria, los resultados son contradictorios. La Psicopatía primaria hace referencia a gente extremadamente egoísta y manipulativa, que utilizan a los demás de una manera cruel e insensible (*el éxito se basa en la supervivencia del más fuerte: no me preocupan los perdedores; mi principal objetivo en la vida es conseguir todas las cosas buenas que*

pueda; mi prioridad número uno es cuidar de mí mismo/a) y, en este sentido, el grupo de riesgo alto presenta ya en el pretratamiento niveles más elevados de Psicopatía primaria, si bien, a pesar de que es el único grupo que consigue reducir de manera significativa sus niveles de Psicopatía primaria, sigue teniendo niveles más elevados en el postratamiento que el grupo de riesgo bajo (15,79 vs. 11,46) y que el grupo de control (15,79 vs. 10,99). Por tanto, aunque el grupo de riesgo alto es el que mayor reducción experimenta (diferencia entre medias de 2,69), sigue teniendo niveles de Psicopatía primaria en el postratamiento más elevados que los niveles de los grupos de riesgo bajo y control.

Asimismo, sorprende el resultado del grupo de control en Psicopatía primaria, ya que también consiguen una reducción significativa entre el pre y el postratamiento, probablemente en relación al proceso judicial activo al que se están enfrentando.

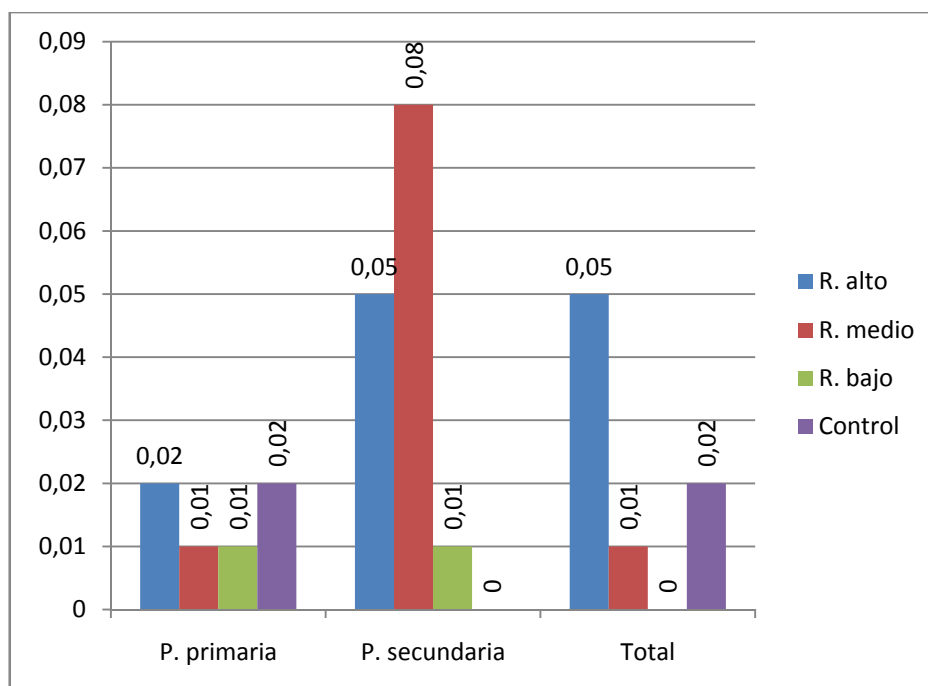
Respecto a la Psicopatía secundaria, conductas antisociales, impulsivas y desviadas (*a menudo me aburro; rápidamente pierdo el interés en las tareas que empiezo; cuando me frustró, a menudo me desahogo enfadándome mucho*) se puede observar que los tres grupos que recibieron tratamiento mejoraron tras el programa de intervención, mientras que en el grupo de control no se dieron diferencias significativas entre el pre y el postratamiento. Sin embargo, aunque los tres grupos cambiaron de manera significativa, y en el grupo de riesgo alto se dio el mayor cambio (diferencia entre medias del pre y el postratamiento de 3,69), el grupo de riesgo alto seguía presentando en el postratamiento niveles significativamente más elevados de psicopatía secundaria que el grupo de riesgo medio (10,89 vs. 7,37), que el de riesgo bajo (10,89 vs. 5,98) y que el grupo de control (10,89 vs. 8,13). Por tanto, aunque el grupo de riesgo alto es el que mayor reducción experimenta, sigue teniendo niveles de Psicopatía secundaria en el postratamiento más elevados que el resto de grupos.

Estos resultados contradictorios entre psicopatía primaria y secundaria pueden deberse a que la primera hace referencia más a la esfera cognitiva y emocional (*el éxito se basa en la supervivencia del más fuerte: no me preocupan los perdedores; mi principal objetivo en la vida es conseguir todas las cosas buenas que pueda; mi prioridad número uno es cuidar de mí mismo/a*), mientras que la psicopatía secundaria

hace hincapié en conductas más concretas relacionadas con la ira, la incapacidad para controlarse, la impulsividad, etc. (*a menudo me aburro; rápidamente pierdo el interés en las tareas que empiezo; cuando me frustró, a menudo me desahogo enfadándome mucho*). De ahí que el programa haya tenido un efecto más claro y consistente sobre conductas más concretas que sobre pensamientos y emociones.

Por último, en relación al tamaño del efecto, comentar que los tamaños del efecto observados están entre el 0% y el 8%, que es el mayor efecto encontrado para el grupo de riesgo medio en Psicopatía secundaria (véase Gráfico 11.6).

Gráfico 11.6. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) en características de psicopatía en cada uno de los grupos.



11.2.2.3. Resultados en impulsividad

Como se puede observar en la Tabla 11.6, donde se presentan los cambios producidos entre el pre y el postratamiento en impulsividad en cada uno de los 4 grupos, tanto el grupo de riesgo alto como el de riesgo medio mejoraron en el postratamiento, si

bien partían de puntuaciones más elevadas en el pretratamiento. Sin embargo, a pesar de que ambos grupos, riesgo alto y medio, disminuyen significativamente en impulsividad, la mayor reducción se produjo en el grupo de riesgo alto (diferencia entre medias de 6,35 vs. 3,79), aunque en el postratamiento el grupo de riesgo alto, a pesar de que experimenta una mayor reducción entre pre y post, sigue teniendo niveles de impulsividad significativamente más altos que el grupo de riesgo medio (14,63 vs. 10,60), que el grupo de riesgo bajo (14,63 vs. 10,29) y que el grupo de control (14,63 vs. 11,18).

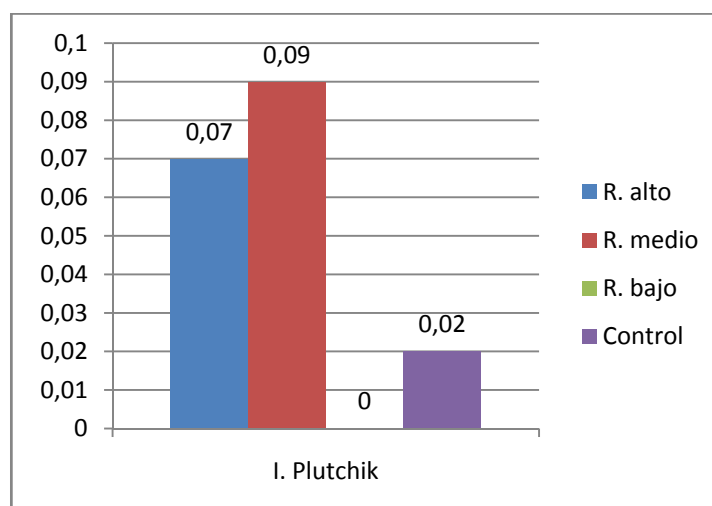
Tabla 11.6. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en Impulsividad para cada uno de los 4 grupos analizados.

		RIESGO ALTO	RIESGO MEDIO	RIESGO BAJO	CONTROL
Impulsividad	Plutchik	+	+	/	/

+ = Mejoran; - = Empeoran; / = Sin cambios

Tras analizar los tamaños del efecto de los diferentes grupos, podemos concluir que el programa de tratamiento psicológico ha tenido un mayor efecto a la hora de disminuir niveles de impulsividad en el grupo de riesgo medio (9%), seguido del grupo de riesgo alto (7%) (véase Gráfico 11.7).

Gráfico 11.7. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) en impulsividad en cada uno de los grupos.



11.2.3. Resultados en emociones

11.2.3.1. Resultados en ira

En la Tabla 11.7, se presentan de manera esquemática los cambios producidos entre el pre y el postratamiento en cada una de las escalas sobre Ira analizadas en el presente estudio con el STAXI-2.

Tabla 11.7. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en Ira para cada uno de los 4 grupos analizados.

		RIESGO ALTO	RIESGO MEDIO	RIESGO BAJO	CONTROL
Ira (STAXI-2)	Estado	+	/	/	/
	Rasgo	+	+	+	+
	Expresión externa	+	+	/	/
	Expresión interna	/	+	+	+
	Control externo	+	+	/	/
	Control interno	+	+	+	/

+ = Mejoran; - = Empeoran; / = Sin cambios

Por un lado, en lo que se refiere al *Estado de ira* (*Estoy furioso, Me gustaría decir tacos, Daría puñetazos a la pared, Me dan ganas de gritar*), únicamente el grupo de riesgo alto mejora tras el tratamiento, resultado que tiene sentido ya que se trata del grupo de mayor riesgo de violencia y partía de un estado de ira significativamente más elevado que el de los otros tres grupos y, a pesar de mejorar, sigue teniendo un mayor estado de ira en el postratamiento que el grupo de riesgo medio (4,32 vs. 1,17), que el grupo de riesgo bajo (4,32 vs. 0,82) y que el grupo de control (4,32 vs. 1,01).

Respecto al *Rasgo de ira*, es decir, frecuencia con la que se experimentan sentimientos de ira en situaciones que implican frustración o evaluación negativa (*Me caliento rápidamente, Tengo un carácter irritable, Tiendo a perder los estribos, Me*

enfado si no me salen las cosas como tenía previsto), los 4 grupos mejoran en el postratamiento, con lo que podemos deducir que el proceso judicial al que se han enfrentado incide en que sea menor la frecuencia con la que suelen experimentar ira ante determinadas situaciones conflictivas. Cabe resaltar que el grupo de riesgo alto parte de niveles en el pretratamiento significativamente más altos que los otros tres grupos, así como que el grupo de riesgo medio también presenta niveles más elevados en el pre que el grupo de riesgo bajo y que el grupo de control. Sin embargo, la reducción más alta se produjo en el grupo de riesgo alto (diferencia entre medias de 2,98) seguido del grupo de riesgo medio (2,13), a pesar de lo cual, el grupo de riesgo alto presenta en el postratamiento niveles más elevados de Estado de ira que el grupo de riesgo medio (10,14 vs. 6,59), que el de riesgo bajo (10,14 vs. 3,83) y que el control (10,14 vs. 4,96). Mientras que el grupo de riesgo medio, a pesar de la reducción que sufre entre pre y post, también sigue teniendo niveles más elevados en el post que el grupo de riesgo bajo (6,59 vs. 3,83). Con lo que podemos concluir que, a pesar de que los 4 grupos cambian, los grupos de riesgo alto y medio siguen teniendo niveles de Estado de ira más altos en el postratamiento.

En *Control interno*, es decir, la frecuencia con que se intentan controlar los sentimientos de ira mediante el sosiego y la moderación de las situaciones (*Respiro profundamente y me relajo, Hago cosas como contar hasta diez, Trato de relajarme, Hago algo sosegado para calmarme*), los 3 grupos que recibieron tratamiento mejoraron en el postratamiento, mientras que el grupo de control se mantuvo en los mismos niveles, lo que nos puede indicar que el programa tiene un efecto positivo en que los pacientes aprendan a controlar la ira de esta manera. A pesar de que los 3 grupos en tratamiento mejoraron en Control interno, cabe destacar que el mayor cambio se produjo en el grupo de riesgo alto, seguido del de riesgo medio y seguido éste por el grupo de riesgo bajo (diferencia entre medias de 3,53, 2,99 y 2,14 respectivamente), llegando los 3 grupos que recibieron tratamiento a niveles equiparables en el postratamiento en lo que a Control interno se refiere, si bien es verdad que partían de niveles también equiparables en el pretratamiento, ya que no se observaron diferencias significativas entre ellos.

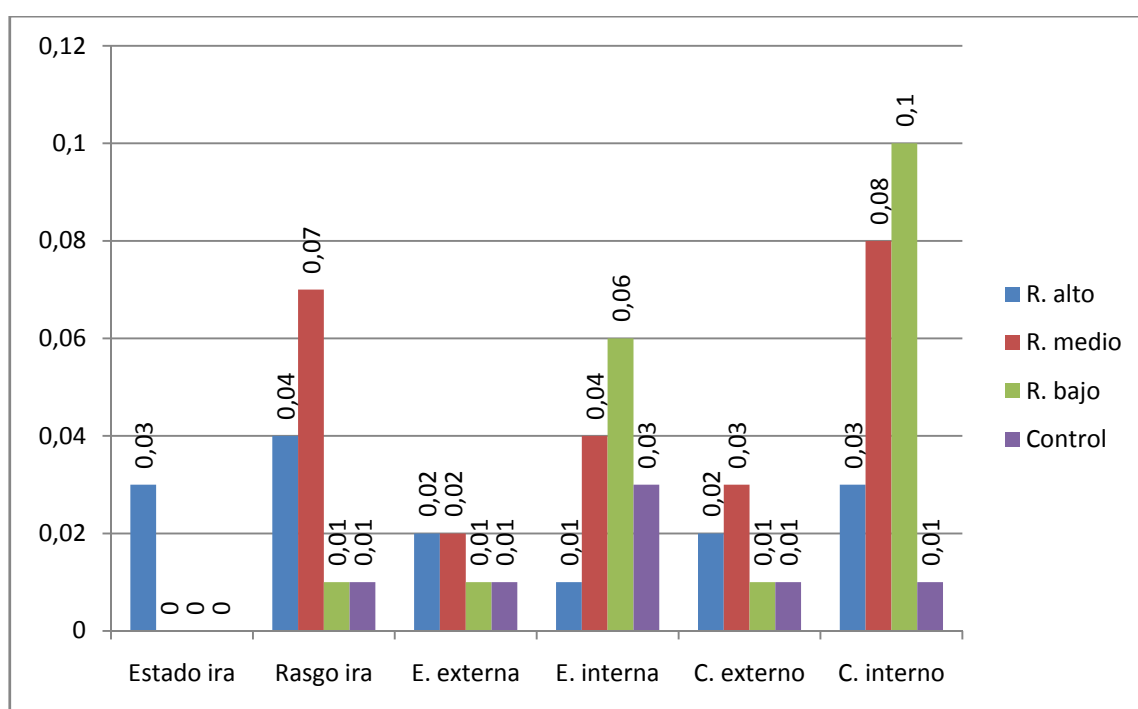
En *Control externo*, la frecuencia con la que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira (*Controlo mi temperamento, Mantengo la calma, Controlo mi comportamiento, Puedo controlarme y no perder los estribos*), encontramos resultados que van en la misma línea del Control interno, ya que los grupos de riesgo alto y medio mejoraron tras la intervención mientras que el de riesgo bajo y el grupo de control no. Siendo en el grupo de riesgo alto en el que se produce un mayor cambio (diferencia entre medias de 2,39), llegando los 3 grupos que reciben tratamiento a niveles de Control externo equiparables.

Por último, en lo que se refiere a expresión de ira, en *Expresión externa* o la frecuencia con la que los sentimientos de ira son expresados verbalmente o mediante conductas agresivas (*Expreso mi ira, Hago comentarios irónicos de los demás, Hago cosas como dar portazos, Discuto con los demás*), los grupos de riesgo alto y medio mejoran, si bien también partían de niveles significativamente más elevados de expresión externa de ira en el pretratamiento. El grupo de riesgo alto presentaba niveles más elevados que los grupos de riesgo medio, bajo y el control, y el grupo de riesgo medio presentaba niveles más elevados que el de riesgo bajo y el control, en el pretratamiento. También comentar que de los dos grupos que cambian, es el grupo de riesgo alto en el que se observa una mayor reducción (diferencia entre medias de 1,75 vs. 0,78). Sin embargo, a pesar de que en el grupo de riesgo alto se produce una mayor reducción, en el postratamiento sigue teniendo niveles de Expresión externa significativamente mayores que los del grupo de riesgo medio (6,39 vs. 3,66), que los del grupo de riesgo bajo (6,39 vs. 2,93) y que el grupo control (6,39 vs. 4,03).

Mientras que en *Expresión interna*, es decir, frecuencia con que los sentimientos de ira son experimentados pero no expresados (*Me guardo para mí lo que siento, Ardo por dentro aunque no lo demuestro, Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie, Estoy más enfadado de lo que quiero admitir*), mejoran los grupos de riesgo medio, bajo y el control, probablemente bajo la influencia que el proceso judicial ha podido tener a la hora de no mostrarse agresivos frente a los demás. Mientras que en el grupo de riesgo alto, también han disminuido la expresión interna, pero partían de niveles más altos en el pre que los del grupo de riesgo medio, bajo y control, por lo que a pesar de que ha disminuido la frecuencia en que expresan internamente ira, no ha sido

suficiente esta disminución para ser significativa, de hecho, en el postratamiento el grupo de riesgo alto seguía presentando niveles más elevados que el grupo de riesgo medio (7,59 vs. 5,13), bajo (7,59 vs. 3,87) y control (7,59 vs. 4,78), lo que nos indica que, probablemente, con este grupo debería haberse trabajado de una manera más exhaustiva este aspecto.

Gráfico 11.8. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) en ira en cada uno de los grupos.



En cuanto al tamaño del efecto, los resultados son dispares. Por un lado, en el grupo de riesgo alto, el mayor efecto del programa se produce en la variable *Rasgo de ira* (4%), mientras que para los grupos de riesgo medio y bajo se da en *Control interno* (8% y 10% respectivamente). En el grupo de control el tamaño del efecto fue 0% en *Estado de ira*, 3% en *Expresión interna* y 1% en el resto de variables analizadas. Cabe resaltar asimismo, que el tamaño del efecto en los 4 grupos fue mayor para *Rasgo* que para *Estado de ira*, mientras que el efecto sobre *Control interno* también fue mayor que el efecto sobre *Control externo*, para los 3 grupos que recibieron tratamiento (véase Gráfico 11.8).

11.2.4. Resultados en los niveles de reincidencia

En la Tabla 11.8, se presentan de manera esquemática los cambios producidos entre el pre y el postratamiento tanto en detenciones policiales por violencia de género, como en controles específicos impuestos por los Juzgados de Violencia sobre la Mujer, con el objetivo de proteger a las víctimas.

Tabla 11.8. Cambios entre el pretratamiento y el postratamiento en niveles de reincidencia para cada uno de los 4 grupos analizados.

	RIESGO ALTO	RIESGO MEDIO	RIESGO BAJO	CONTROL
Detenciones	+	+	+	+
Controles específicos	+	+	+	+

+ = Mejoran; - = Empeoran; / = Sin cambios

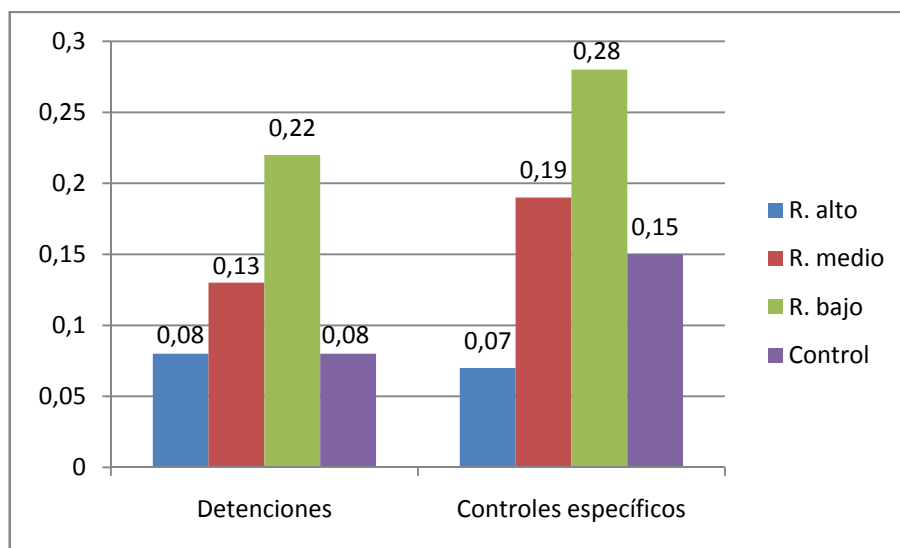
Como se puede observar en la Tabla 11.8, los 4 grupos disminuyen en número de detenciones por violencia de género, así como en número de medidas que la justicia, a través de la policía, les imponen. Estos resultados van en la misma línea de algunas investigaciones que indican que el efecto de diferentes programas de intervención sobre la reincidencia es escaso (Smith et al., 2009), encontrándose niveles de reincidencia similares tanto para los que han recibido tratamiento (cognitivo-conductual), como para aquellos que únicamente han sido detenidos y no reciben tratamiento (Dunford, 2000; Flournoy, 1993) o aquellos que empiezan el tratamiento pero terminan abandonándolo (Chen et al., 1989; Dutton et al., 1997b; Hawkins y Beauvais, 1985). Por el contrario, otros estudios indican que aquellos que reciben tratamiento de corte cognitivo-conductual, presentan niveles de reincidencia menores comparados con los que abandonan el tratamiento (Hamberger y Hastings, 1988; Morrel et al., 2003; Taft et al., 2001). En concreto, en el presente estudio el porcentaje de los que han recibido tratamiento que vuelven a ser detenidos por un delito de violencia de género es del

4,8%, frente al 6,8% del grupo de control. Estos niveles de reincidencia son similares a los encontrados por otros autores (Chen et al., 1989; Dunford, 2000; Flournoy, 1993) y más bajos que los encontrados en otras investigaciones donde también se analiza la eficacia de programas basados en técnicas cognitivo-conductuales (Dutton et al., 1997b; Hamberger y Hastings, 1988; Hawkins y Beauvais, 1985; Morrel et al., 2003; Taft et al., 2001).

En el presente estudio, parece que es el proceso judicial activo al que se están enfrentando, el que tiene un peso claro a la hora de disminuir la reincidencia. Si bien es cierto que los 4 grupos estaban inmersos, al acabar el postratamiento, en un proceso judicial activo, y que sería de máxima relevancia analizar que ocurre más a largo plazo con los datos de reincidencia, ya que una vez el proceso judicial finalice podremos ver de una manera más clara qué peso ha tenido la intervención a nivel psicológico, a la hora de mejorar la forma en que estos hombres se relacionarán en el futuro con sus parejas.

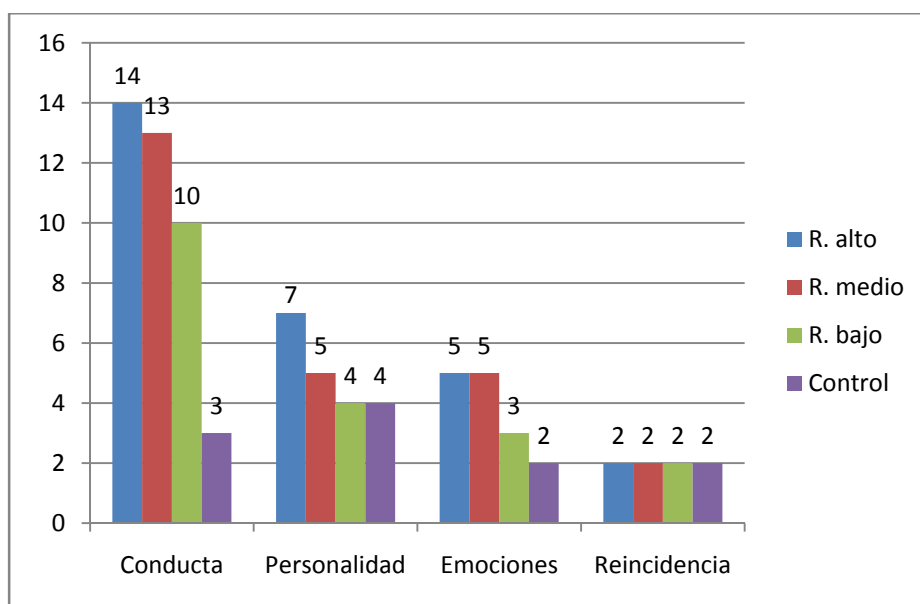
Por otro lado, el mayor tamaño del efecto tanto en detenciones como en controles específicos se dio en el grupo de riesgo bajo (22% y 28%), seguido del de riesgo medio (13% y 19%) (véase Gráfico 11.9). Los resultados del tamaño del efecto sobre las detenciones van, en los grupos que han recibido tratamiento, del 8% al 22%, porcentajes similares a los encontrados por otros autores que analizan el efecto de diferentes modalidades de terapia cognitivo-conductual sobre los niveles de reincidencia (Chen et al., 1989; Dunford, 2000; Dutton et al., 1997b; Hamberger y Hastings, 1988).

Gráfico 11.9. Tamaño del efecto (eta cuadrado parcial) en reincidencia en cada uno de los grupos.



A modo de resumen, en el Gráfico 11.10 quedan reflejados por áreas, el número de cambios significativos entre el pre y el postratamiento en cada uno de los 4 grupos, donde se puede observar que tanto en las variables conductuales, como en las de personalidad y en las emociones, el grupo de riesgo alto mostró un mayor número de cambios significativos, seguido del grupo de riesgo medio y del grupo de riesgo bajo.

Gráfico 11.10. Número de cambios de cada uno de los grupos por áreas.



11.3. Líneas de investigación futuras

Bajo la necesidad de comprender, prevenir y tratar de manera más específica y efectiva el problema de la violencia de género, han surgido en los últimos años diferentes investigaciones que analizan la posible existencia de diferentes tipos de maltratadores. Sin duda, ha quedado establecido que los maltratadores no son un grupo homogéneo y, si bien es difícil que las tipologías expliquen por completo todos los casos, sí nos pueden ayudar a entender las características más relevantes de este tipo de población y desarrollar intervenciones más específicas que aborden los riesgos y necesidades particulares de cada subtipo.

Sin embargo, y a pesar de todo lo avanzado en este tema, existen algunas cuestiones importantes que los estudios sobre tipologías de maltratadores deberían abordar en el futuro. Por un lado, sería importante poder determinar si las tipologías encontradas en los diferentes estudios, o las que se encuentren a partir de ahora, realmente están formadas por grupos que difieren entre sí cualitativamente o si, por el contrario, solo lo hacen de manera cuantitativa dentro de un mismo continuo de riesgo de violencia. En este sentido, Cavanaugh y Gelles (2005) analizando y resumiendo los resultados de diferentes tipologías presentes en la bibliografía científica, llegan a la conclusión de que en las tipologías revisadas existe una tipología común a todas ellas: un grupo de riesgo de maltrato bajo, otro de riesgo medio y otro de riesgo alto. De la misma manera, estos 3 tipos también se corresponden con niveles bajos, medios y altos de psicopatología, de severidad y frecuencia de agresiones a la pareja y de historia criminal. Por tanto, según estos autores los tres tipos forman parte del mismo continuo, donde las diferencias se dan a nivel cuantitativo y no cualitativo.

También White y Gondolf (2000) propusieron 6 tipos de maltratadores utilizando los resultados en el MCMI y concluyen que esos 6 tipos son en realidad un continuo que va desde una disfunción leve de las características de personalidad, hasta una mayor gravedad de la disfunción.

Por tanto, parece que los diferentes tipos de maltratadores podrían ordenarse a lo largo de un par de dimensiones como son violencia y psicopatología, lo que hace

imposible poder afirmar que los diferentes tipos de maltratadores son diferentes cualitativamente hablando. Sin embargo, las aproximaciones basadas en tipologías serían mucho más convincentes si diferentes tipos de maltratadores mostraran diferentes patrones y tuvieran realmente características distintivas.

Una segunda cuestión sobre la que los estudios sobre tipologías con maltratadores deberían hacer hincapié, es si las tipologías son estables en el tiempo. Hasta ahora, los estudios sobre tipologías lo que hacen es agrupar a sujetos dentro de diferentes categorías en función de sus conductas en un momento temporal determinado. Y, por ejemplo, Cavanaugh y Gelles (2005) indicaron que es poco probable que los maltratadores pasen de un tipo a otro. Sin embargo, parece que la evidencia empírica apunta hacia la dirección contraria. Por ejemplo, Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman y Stuart (2003) encontraron que los *violentos únicamente en la familia* tenían una mayor probabilidad de dejar de agredir pasado un tiempo que el resto de tipos. Otros estudios han encontrado también que a lo largo del tiempo se producen cambios tanto en los niveles de violencia como en la ocurrencia de actos agresivos hacia la pareja. Diferentes estudios que incluyen tanto muestras de parejas que conviven como parejas jóvenes de recién casados (Aldarondo, 1996; Mihalic, Elliott, y Menard, 1994; O'Leary, Barling, Arias, Rosenbaum, Malone y Tyree, 1989), como la National Family Violence Survey que incluye una muestra con un rango de edad muy amplio (Feld y Straus, 1989), encuentran de manera consistente que en torno al 50% de los hombres dejan de agredir pasado un año. Del mismo modo, las tasas de agresión física hacia la pareja son más altas en hombres jóvenes y van disminuyendo con la edad (Gelles y Straus, 1988). En este sentido O'Leary (1999) estima que se produce un fuerte aumento entre los 15 y los 25 años de la prevalencia de la agresión física del hombre hacia su pareja, un pico de prevalencia máxima en torno a los 25 años de edad y una fuerte disminución a partir de los 35 años. En esta línea, Rennison (2001) presentó datos sobre la victimización por edad de las mujeres, encontrando que alrededor de los 20 años la prevalencia de violencia del hombre hacia la mujer (datos victimización) era cerca de tres veces más que alrededor de los 30 años. Por tanto, todos estos resultados no son consistentes con las aproximaciones basadas en que las tipologías son estables a lo largo del tiempo (Cavanaugh y Gelles, 2005).

Una reciente revisión de la literatura sobre tipologías de maltratadores, (Holtzworth-Munroe et al., 2003) encontró que solo 1 estudio de los 24 que analizaron incluía datos longitudinales y el único estudio que los incluía analizaba las diferencias en la estabilidad de la relación de pareja para cada uno de los subtipos (Gottman et al., 1995) más que la estabilidad de la tipología en sí misma. En este sentido, Holtzworth-Munroe et al. (2003) se propusieron analizar las características de la muestra sobre la que probaron su tipología (Holtzworth-Munroe et al., 2000) una vez transcurridos un año y medio (momento 2) y 3 años (momento 3) tras la evaluación inicial. No llevaron cabo un análisis de conglomerados para analizar la estabilidad de la tipología, pero sí analizaron las medias que los cuatro grupos (incluyeron el grupo de *antisocial leve*) obtenían en algunas de las variables utilizadas para la creación de las tipologías. Los resultados que encontraron les permitió concluir que existe cierta continuidad en el tiempo, por ejemplo, los *borderline/disfóricos* y los *violentos en general* tenían los niveles más altos de violencia y los *violentos en general* eran los que menor probabilidad tenían de dejar de agredir. Sin embargo, también encontraron datos que iban en la dirección contraria, ya que también observaron cambios a lo largo del tiempo en las variables conductuales que habían sido la base para establecer la tipología. En primer lugar, encontraron que el nivel de violencia por parte de los maridos disminuía a lo largo del tiempo en los 4 grupos, incluido el grupo de los *violentos en general*, que se suponía que son crónicos en lo que a violencia se refiere y, sin embargo, también en este grupo disminuyó la violencia hacia sus mujeres. En segundo lugar, en este mismo grupo de *violentos en general* también disminuyeron los niveles de violencia fuera de la familia. En tercer lugar, para rasgos de personalidad antisocial y para miedo al abandono, los *borderline/disfóricos* no se diferenciaban de los *violentos en general* ni en el momento 2 ni en el 3. Por tanto, sí se producían cambios a lo largo del tiempo en aquellas conductas clave para diferenciar a los diferentes subtipos de maltratadores propuestos por Holtzworth-Munroe et al. (2000). En concreto, el grupo de los *borderline* y el de los *violentos en general* eran muy difíciles de diferenciar pasado el tiempo.

En un estudio que estos mismos autores presentaron con otros resultados adicionales, sobre la estabilidad de de las categorías de su tipología a lo largo del tiempo, Holtzworth-Munroe y Meehan (2004) analizaron a partir de las puntuaciones en

el momento 2 y 3, qué subgrupo del momento de evaluación 1 les correspondería. El porcentaje de acuerdos a la hora de agrupar entre el momento 1 y el 2 fue del 58% y entre el 1 y el 3 el 54%, siendo los que mayor estabilidad mostraban a la hora de clasificarlos los *violentos solo en la familia*, que mostraban una estabilidad en torno al 90%, si bien este porcentaje puede ser tan elevado porque clasificaban en esta categoría (la menos severa) incluso a aquellos sujetos que habían dejado de agredir a sus parejas. Por tanto, y a pesar de que este porcentaje podría ser en realidad algo más bajo, sí parece que los *violentos únicamente en la familia* son el tipo de maltratadores que parece más estable a lo largo del tiempo, en cuanto a la gravedad de violencia ejercida. Sin embargo, algunas investigaciones afirman que la violencia de este grupo de maltratadores puede intensificarse con el tiempo (Gondolf, 1988; Saunders, 1992). Podríamos concluir que la intensificación de las conductas violentas en este grupo puede estar mediada por otro tipo de variables o factores de riesgo y, que en aquellos casos en los que no exista una gran desviación psicopatológica, problemas serios de impulsividad, etc., probablemente no van a aumentar su violencia en frecuencia e intensidad con el paso del tiempo (Holtzworth-Munroe et al., 2003). Por el contrario, los maltratadores violentos exclusivamente en el ámbito familiar, pero con múltiples factores de riesgo (por ejemplo, historia delictiva, abuso de sustancias, excesiva impulsividad, etc.) tienen una mayor probabilidad de aumentar la gravedad de sus actos agresivos con el paso del tiempo (Amor et al., 2009).

Por tanto, parece que las tipologías no se mantienen totalmente estables a lo largo del tiempo, si bien existen muy pocos estudios que analicen esta cuestión. De hecho, también van apareciendo nuevos subgrupos de maltratadores que suponen variaciones con respecto a la triple tipología previa, como el grupo de *antisociales leves* de Holtzworth-Munroe et al. (2000). Esto se debe también a la inclusión de nuevas variables (tipo de maltrato, control de la ira, variables motivacionales para el cambio, perfil de la víctima, factores relacionales, etc.) (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009).

Por otra parte, la estabilidad temporal de las tipologías es compatible con posibles cambios, tanto en las conductas de maltrato como en su tipo y gravedad (Amor et al., 2009). De hecho, en muchos casos el maltrato psicológico supone el mejor

predicador del posterior maltrato físico (O'Leary, Malone y Tyree, 1994) y en los casos más graves, el homicidio puede ser el último eslabón de una violencia continuada y de gravedad creciente en la relación de pareja (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2005). En estos casos habría que tener en cuenta, además de la tipología, factores de riesgo presentes en el maltratador, en la relación de pareja o en el resto del entorno, que pueden incidir y hacer que se escale a conductas más graves.

También es importante resaltar que las tipologías no incluyen variables diádicas, que tienen que ver con la pareja y con el tipo de relación en sí misma. Por tanto, se necesitan modelos que tengan en cuenta estas variables y procesos interactivos y agresivos, para poder entender de una manera más precisa la violencia hacia la pareja (Capaldi y Kim, 2007; Dixon y Browne, 2003; Jouriles, McDonald, Norwood y Ezell, 2001; Tolan, Gorman-Smith y Henry, 2006) ya que, aunque los estudios sobre tipologías dan una cierta importancia a las variables de relación de pareja (violentos únicamente en la familia, violencia recíproca en la pareja, etc.) los factores diádicos no han sido estudiados en profundidad. Sin embargo, resultados recientes indican la importancia de analizar estas variables para entender la violencia hacia la pareja. En un estudio longitudinal Capaldi, Shortt y Crosby (2003) encontraron que las conductas violentas del hombre permanecían estables a lo largo del tiempo si continuaba con la misma pareja, mientras que si cambiaba de pareja estas conductas disminuían. En este sentido, existen diferentes estudios que indican que los desacuerdos dentro de la pareja y un mal clima en la misma, propician la aparición de conductas violentas (O'Leary y Slep, 2003; Pan et al., 1994b). Por tanto, sería muy importante analizar la estructura de parejas violentas para llevar a cabo un tratamiento del sistema diádico (Cáceres y Cáceres, 2006), así como tomar en consideración los distintos factores implicados en la violencia de pareja (factores de riesgo en cada miembro, contextos e interacciones de la pareja, consecuencias en el entorno, etc.) (Amor et. al 2009). Sin embargo, poder evaluar o trabajar con la víctima es muy complicado, en primer lugar porque lo prioritario es garantizar su seguridad y porque el sistema judicial lo impide y, en segundo lugar, porque en muchos casos la relación se ha roto.

En relación a la utilidad a nivel clínico de estas tipologías, la idea de que ayudan a desarrollar e implementar intervenciones específicas para cada subgrupo de hombres,

ha sido enfatizada por numerosos autores (Cavanaugh y Gelles, 2005; Stith, Rosen, McCollum y Thomsen, 2004). Por ejemplo, Saunders (1996) encontró evidencia de que los programas cognitivo-conductuales con perspectiva de género tenía mejores resultados (menores tasas de reincidencia) para los sujetos con características de personalidad antisocial, mientras que los que presentaban características dependientes se beneficiaban más de intervenciones de corte psicodinámico. Estos resultados indican que el tener en cuenta ciertas variables del individuo y elegir en consecuencia el tipo de intervención más adecuada para él, puede influir en los resultados de la intervención. Sin embargo, existen muy pocas investigaciones que analizan las tipologías de maltratadores y las implicaciones clínicas que se derivan del establecimiento de dichas tipologías y, como ya se ha comentado en el primer apartado de esta discusión, son muy pocos los estudios que analizan la eficacia de un mismo tratamiento en función del tipo de maltratadores. De hecho, los datos indican que los puntos de corte para los diferentes tipos varían en función de las muestras (Holtzworth-Munroe y Meehan, 2004), es decir, que los puntos de corte generados en una muestra pueden no ser aplicables a otras muestras, por lo que las tipologías tendrían una aplicación limitada a nivel de tratamiento. Por ello, Holtzworth-Munroe y Meehan (2004) recomiendan no utilizar puntos de corte absolutos para identificar diferentes tipos de maltratadores en otras muestras, lo que hace muy complicado que se puedan aplicar los resultados sobre tipologías a la práctica clínica real, de hecho, la aplicación clínica de las tipologías existentes en la actualidad aún no se ha producido (Capaldi y Kim, 2007).

Por hacer referencia también a algunas consideraciones metodológicas, hasta la fecha la gran mayoría de los estudios que investigan tipologías de maltratadores se han realizado en Estados Unidos, lo que puede limitar la generabilidad de los resultados. Blackburn (1993) afirma que las tipologías son teorías que requieren ser probadas empíricamente. Sin embargo, los estudios sobre tipologías o bien no han validado empíricamente sus afirmaciones (Greene, Lynch y Decker, 1997; Monson y Langhinrichsen-Rohling, 1998), o bien utilizan muestras muy pequeñas (Gottman et al., 1995; Greene, Coles y Johnson, 1994; Langhinrichsen-Rohlin et al., 2000; Tweed y Dutton, 1998; Waltz et al., 2000). Además, algo muy importante es que muchos estudios carecen de una comparación con grupos de control no violentos (Gottman et al., 1995; Greene et al., 1994; Hamberger et al., 1996; Langhinrichsen-Rohlin et al.,

2000; Rothschild et al., 1997; White y Gondolf, 2000). Para salvar este tipo de limitaciones metodológicas, se debería incluir una muestra amplia con maltratadores y con un grupo de hombres no violentos, incluir voluntarios, hombres que vengan de poblaciones clínicas, de prisión y en libertad condicional, ya que parece que la procedencia de la muestra y las implicaciones que la procedencia tiene sobre la motivación al cambio, es una variable importante a la hora de establecer diferentes tipos de maltratadores.

Asimismo, sería importante determinar qué variables son las que realmente subyacen a cada uno de los subtipos y que diferencian a cada uno de ellos. Por ejemplo, varios estudios sugieren que la psicopatología no es la variable más eficiente para determinar diferentes tipos de maltratadores (Hamberger et al., 1996; Waltz et al., 2000). Parece que en función de las variables que se incluyan, las tipologías son unas u otras, aunque también es verdad que existe cierta consistencia entre ellas. Por tanto, determinar qué variables son claves a la hora de clasificar a esta población será un paso determinante.

Bibliografía

- Abdulla, A. y Badawy, B. (2003). Alcohol and violence and the possible role of serotonin. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 13, 31-44.
- Adams, B. N. (1965). Coercion and consensus theories: Some unresolved issues. *American Journal of Sociology*, 71, 74-716.
- Adams, D. y McCormick, A. (1982). Men unlearning violence: A group approach. En M. Roy (Ed.), *The abusive partner: An analysis of domestic battering* (pp. 170-197). New York: Van Nostrand Reinhold.
- Aguilar, R. J. y Nightingale, N. N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9, 35-45.
- Aldarondo, E. (1996). Cessation and persistence of wife assault: A longitudinal analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, 141-151.
- Almendros, C., Gámez-Guadix, M., Carrobles, J. A., Rodríguez-Carballeira, A. y Porrúa, C. (2009). Abuso psicológico en la pareja: aportaciones recientes, concepto y medición. *Behavioral Psychology*, 17(3), 433-451.
- American Psychological Association (1999). *Resolution on Male Violence Against Women*. Disponible en <http://www.apa.org/psi/wpo/maleviol.html>.
- Amor, P. J., Echeburúa, E. y Loinaz, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 519-539.
- Andrés-Pueyo, A. y López, S. (2005). Manual para la valoración del riesgo de violencia contra la pareja. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona.
- Andreu, J. M., Peña, M. E. y Graña, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14(2), 476-482.
- Andrews, J. A., Foster, S. L., Capaldi, D. y Hops, H. (2000). Adolescent and family predictors of physical aggression, communication and satisfaction in young adult couples: A prospective analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 195-208.
- Anglin, K. y Holtzworth-Munroe, A. (1997). Comparing the responses of maritally violent and nonviolent spouses to problematic marital and nonmarital situations: Are the skill deficits of physically aggressive husbands and wives global? *Journal of Family Psychology*, 11, 301-313.

- Arce, R. y Fariña, F. (2007). Evaluación de penados por violencia de género en el marco del programa Galicia: Implicaciones para la intervención. *III Congreso de Psicología Jurídica y Forense*.
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126(5), 651-680.
- Astin, M. C., Ogland-Hand, S. M., Coleman, E. M. y Foy, D. W. (1995). Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: Comparisons with maritally distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 308-312.
- Babcock, J. C., Green, C. E. y Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053.
- Babcock, J. C., Jacobson, N. S. y Gottman, J. M. (2000). Attachment, emotional regulation and the function of marital violence: Differences between secure, preoccupied and dismissing violent and nonviolent husbands. *Journal of Family Violence*, 15, 391-409.
- Babcock, J. C. y Steiner, R. (1999). The relationship between treatment, incarceration, and recidivism of battering: A program evaluation of Seattle's coordinated community response to domestic violence. *Journal of Family Psychology*, 13, 46-59.
- Babcock, J. C., Waltz, J., Jacobson, N. S. y Gottman, J. M. (1993). Power and violence: The relation between communication patterns, power discrepancies and domestic violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 40-50.
- Babor, T. F., de la Fuente, J. R., Saunders, J. y Grant, M. (1992). *AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Barling, J., O'Leary, K. D., Jouriles, E. N., Vivian, D. y MacEwen, K. E. (1987). Factor similarity of the conflict tactics scales across samples, spouses and sites: Issues and implications. *Journal of Family Violence*, 2, 37-54.
- Barratt, E. S. (1995). Impulsiveness and aggression. En J. Monahan y H. Steadman (Eds.), *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment* (pp. 61-79). Chicago, IL: University of Chicago.
- Beasley, R. y Stoltenberg, C. D. (1992). Personality characteristics of male spouse abusers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 310-317.

- Belfrage, H. y Rying, M. (2004). Characteristics of spousal homicide perpetrators: a study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990-1999. *Criminal Behaviour and Mental Health, 14*, 121-133.
- Bender, K. y Roberts, A. R. (2007). Battered women versus male batterer typologies: Same or different based on evidence-based studies? *Aggression and Violent Behavior, 12*, 519-530.
- Bennett, L. W., Tolman, R. M., Rogalski, C. J. y Srinivasaraghavan, J. (1994). Domestic abuse by male alcohol and drug addicts. *Violence and Victims, 9*, 359-368.
- Berns, S. B., Jacobson, N. S. y Gottman, J. M. (1999). Demand-withdraw interaction in couples with a violent husband. *Journal of Consulting y Clinical Psychology, 67*(5), 666-674.
- Birchler, G. R. y Fals-Stewart, W. (1994). The Response to Conflict Scale: Psychometric properties. *Assessment, 1*(4), 335-344.
- Blackburn, R. (1993). *The psychology of criminal conduct: theory, research and practice*. Chichester: Wiley.
- Bobes, J., González, M. P., Sáiz, P. A. y Bousoño, M. (1996). Índice europeo de la severidad de la adicción: EuropASI. Versión española. Actas de la IV Reunión Interregional de Psiquiatría (pp. 201-218).
- Bograd, M. (1984). Family systems approaches to wife battering: A feminist critique. *American Journal of Orthopsychiatry, 54*, 558-568.
- Bohn, M. J., Babor, T. F. y Kranzler, H. R. (1995). The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Validation of a screening instrument for use in medical settings. *Journal of Studies on Alcohol, 56*, 423-432.
- Boletín Oficial del Estado (2004). *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. España, 29 de diciembre del 2004, núm. 313, p. 42.166.
- Boning, U. y Henss, R. (1983). Empirische Ergebnisse zum Einsatz der «Dyadic Adjustment Scale» von G.B. Spanier. *Partnerberatung, 1*, 37-43.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Boyle, D. J. y Vivian, D. (1996). Generalized versus spouse specific anger/hostility and men's violence against intimates. *Violence and Victims, 11*, 293-317.

- Brinkley, C. A., Schmitt, W. A., Smith, S. S., y Newman, J. P. (2001). Construct validation of a self-report psychopathy scales: Does Levenson's Self- Report Psychopathy Scale measure the same constructs as Hare's Psychopathy Checklist-Revised? *Personality and Individual Differences, 31*, 1021-1038.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The experimental ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Brown, P. D. y O'Leary, K. D. (2000). Therapeutic Alliance: Predicting continuance and success in group treatment for spouse abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 340-345.
- Burke, L. K. y Follingstad, D. R. (1999). Violence in lesbian and gay relationships: Theory, prevalence and correlational factors. *Clinical Psychology Review, 19*, 487-512.
- Burman, B., Margolin, G. y John, R. S. (1993). America's angriest home videos: Behavioral contingencies observed in home reenactments of marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 28-39.
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R. y Larson, J. H. (1995). A revision of the Dyadic Adjustment Scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scale. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 289-308.
- Buss, A. H. (1961). *The Psychology of Aggression*. Wiley: New York.
- Buss A. H. y Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology, 63*, 452-459.
- Cáceres, A. y Cáceres, J. (2006). Violencia en relaciones íntimas en dos etapas evolutivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*, 271-284.
- Calvete, E. (2008). Características de salud mental de los hombres que maltratan a su pareja. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria, 10*, 49-59.
- Campbell, J. C. (1986). Nursing assessment of risk of homicide with battered women. *Advances in Nursing Science, 8*, 36-51.
- Campbell, J. C. (1995). Prediction of homicide of and by battered women. En J. Campbell (Ed.), *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers and child abusers* (pp. 96-113). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Cano, A., Avery-Leaf, S., Cascardi, M. y O'Leary, K. D. (1998). Dating violence in two high school samples: Discriminating variables. *The Journal of Primary Prevention, 18*, 431-446.
- Cantos, A. L., Neidig, P. H. y O'Leary, K. D. (1993). Men and women's attributions of blame for domestic violence. *Journal of Family Violence, 8*, 289-302.
- Cantos, A. L., Neidig, P. H. y O'Leary, K. D. (1994). Injuries of women and men in a treatment program for domestic violence. *Journal of Family Violence, 9*, 113-124.
- Capaldi, D. M. y Clark, S. (1998). Prospective family predictors of aggression toward female partners for at-risk young men. *Developmental Psychology, 34*, 1175-1188.
- Capaldi, D. M. y Kim, H. K. (2007). Typological approaches to violence in couples: A critique and alternative conceptual approach. *Clinical Psychology Review, 27*, 253-265.
- Capaldi, D. M., Shortt, J. W. y Crosby, L. (2003). Physical and psychological aggression in at-risk young couples: Stability and change in young adulthood. *Merrill-Palmer Quarterly, 49*, 1-27.
- Capaldi, D. M., Shortt, J. W. y Kim, H. K. (2005). A life span developmental systems perspective on aggression toward a partner. En W. M. Pinsof y J. L. Lebow (Eds.), *Family Psychology*. Oxford: Oxford University Press.
- Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA, Ediciones.
- Carey, M. P., Spector, I. P., Lantinga, L. J. y Krauss, D. J. (1993). Reliability of the Dyadic Adjustment Scale. *Psychological Assessment, 5*, 238-240.
- Cascardi, M., Langhinrichsen, J. y Vivian, D. (1992). Marital aggression: Impact, injury and health correlates for husbands and wives. *Archives of Internal Medicine, 152*, 1178-1184.
- Cascardi, M. y O'Leary, K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence, 7*, 249-259.
- Cascardi, M., O'Leary, K. D., Lawrence, E. E. y 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.
- Cavanaugh, M. M. y Gelles, R. J. (2005). The utility of male domestic violence offender typologies: New directions for research, policy, and practice. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(2), 155-166.

- Chase, K. A., O'Leary, K. D. y Heyman, R. E. (2001). Categorizing partner-violent men within the reactive-proactive typology model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 567-572.
- Chen, H., Bersani, S., Myers, S. C. y Denton, T. (1989). Evaluating the effectiveness of a court-sponsored abuser treatment program. *Journal of Family Violence, 4*, 309-322.
- Claes, J. A. y Rosenthal, D. M. (1990). Men who batter women: A study in power. *Journal of Family Violence, 5*, 215-224.
- Clements, K., Holtzworth-Munroe, A., Gondolf, E. y Meehan, J. (2002, November). Testing the Holtzworth-Munroe et al. (2000) batterer typology among court-referred maritally violent men. Poster presented at the annual meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Reno, NV.
- Cohen, R. A., Rosenbaum, A., Kane, R. L., Warnken, W. J. y Benjamin, S. (1999). Neuropsychological correlates of domestic violence. *Violence and Victims, 14*, 397-411.
- Coleman D. y Straus, M. (1986). Marital power, conflict, and violence in a nationally representative sample of American couples. *Violence and Victims, 1*, 141-157.
- Cordova, J. V., Jacobson, N. S., Gottman, J. M., Rushe, R. y Cox, G. (1993). Negative reciprocity and communication in couples with a violent husband. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 559-564.
- Corral, S. (2009). Estudio de la violencia en el noviazgo en jóvenes universitarios/as: cronicidad, severidad y mutualidad de las conductas violentas. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 9*, 29-48.
- Corral, S. y Calvete, E. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja mediante las Escalas de Tácticas para Conflictos: estructura factorial y diferencias de género en jóvenes. *Psicología Conductual, 14 (2)*, 215-233.
- Crane, D. R., Busby, D. M. y Larson, J. H. (1991). A factor analysis of the Dyadic Adjustment Scale with distressed and nondistressed couples. *The American Journal of Family Therapy, 19*, 60-66.
- Cunradi, C. B., Caetano, R., Clark, C. L. y Schafer, J. (1999). Alcohol-related problems and intimate partner violence among White, Black and Hispanic couples in the U.S. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 23*, 1492-1501.

- Danielson, K. K., Moffitt, T. E. y Caspi, A. (1998). Comorbidity between abuse of an adult and DSM-III-R mental disorders: Evidence from an epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*, 155, 131-133.
- Davies, P. T., Harold, G. T., Goeke-Morey, M. C. y Cummings, E. M. (2002). Child emotional security and interparental conflict. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 67(3).
- Davies, P. T. y Sturge-Apple, M. L. (2007). The impact of domestic violence on children's development. En J. Hamel y T. Nicholls (Eds.), *Family interventions in domestic violence* (pp. 165-189). New York: Springer.
- Davis, R. C. y Taylor, B. G. (1999). Does batterer treatment reduce violence? A synthesis of the literature. En L. Feder (Ed.), *Women and domestic violence: an interdisciplinary approach* (pp. 69-93). New York: The Haworth Press.
- Davis, R. C., Taylor, B. G. y Maxwell, C. D. (2001). The effects of a group batterer treatment program: A randomized experiment in Brooklyn. *Justice Quarterly*, 18(1), 171-201.
- Dechner, J. P., McNeil, J. S. y Moore, M. G. (1986). A treatment model for batterers. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, 67, 55-60.
- Delsol, C. y Margolin, G. (2004). The role of family-of-origin violence in men's marital violence perpetration. *Clinical Psychology Review*, 24, 99-123.
- DeMaris, A. y Jackson, J. K. (1987). Batterers' reports of recidivism after counseling. *Social Casework*, 68, 458-465.
- DiClemente, C. C., Prochaska, J. O., Fairhurst, S. K., Velicer, W. F., Velasquez, M. M. y Rossi, J. S. (1991). The process of smoking cessation: An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 295-304.
- Dixon, L. y Browne, K. (2003). The heterogeneity of spouse abuse: a review. *Aggression and Violent Behavior*, 8, 107-130.
- Dobash, R. E. y Dobash, R. P. (1979). *Violence against wives: A case against the patriarchy*. New York: Free Press.
- Dobash, R. E. y Dobash, R. P. (1984). The nature and antecedents of violent events. *British Journal of Criminology*, 24(3), 269-288.
- Dobash, R. E. y Dobash, P. R. (2000). Evaluating Criminal Justice Interventions for Domestic Violence. *Crime & Delinquency*, 46 (2), 252-270.

- Dobash, R., Dobash, R. E., Cavanagh, K. y Lewis, R. (1996). Reeducation programs for violent men - An evaluation. *Research Findings*, 46, 309-322.
- Domestic Abuse Intervention Programs [homepage on the Internet] Wheel Gallery (2011). Disponible en: <http://www.theduluthmodel.org/training/wheels.html>.
- Douglas, K. y Webster, C. (1999). The HCR-20 violence risk assessment scheme: Concurrent validity in a sample of incarcerated offenders. *Criminal Justice and Behavior*, 26, 3-19.
- Dunford, F. W. (2000). The San Diego Navy experiment: An assessment of interventions for men who assault their wives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 468-476.
- Dutton, D. G. (1986). Wife assaulter's explanations for assault: The neutralization of self-punishment. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 18, 381-390.
- Dutton, D. G. (1994). Behavioral and affective correlates of Borderline Personality Organization in wife assaulters. *International Journal of Law and Psychiatry*, 17, 26-38.
- Dutton, D. G. (1998). *The abusive personality: Violence and control in intimate relationships*. New York: Guilford Press.
- Dutton, D. G., Bonarchuk, M., Kropp, R., Hart, S. D. y Ogloff, J. P. (1997a). Client personality disorders affecting wife assault post-treatment recidivism. *Violence and Victims*, 12, 37-50.
- Dutton, D. G., Bodnarchuk, M., Kropp, R., Hart, S. D. y Ogloff, J. P. (1997b). Wife assault treatment and criminal recidivism: An 11-year follow-up. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 41, 9-23.
- Dutton, D. y Sonkin, D. (2003). Treating assaultive men from an attachment perspective. Intimate violence: contemporary treatment innovations. *Journal of Aggression, Maltreatment y Trauma*, 7(1-2), 105-133.
- Dutton, D. G. y Starzomski, A. J. (1993). Perpetrator characteristics associated with women's reports of psychological and physical abuse. *Violence and Victims*, 8, 327-337.
- Dutton, D. G. y Strachan, C. E. (1987). Motivational needs for power and spouse-specific assertiveness in assaultive and nonassaultive men. *Violence and victims*, 2, 145-156.

- Easton, C. J., Mandel, D. L., Hunkele, K. A., Nich, C., Rounsaville, B. J. y Carroll K. M. (2007). A cognitive behavioral therapy for alcohol-dependent domestic violence offenders: an integrated substance abuse-domestic violence treatment approach (SADV). *The American Journal on Addictions*, 16, 24-31.
- Echauri, J. A., Rodríguez, M. J. y Martínez, M. (2007). Programa terapéutico para maltratadores familiares en Navarra: Ambulatorio y Prisión. Evaluación y Tipos de Tratamiento. En R. Arce, F. Fariña, E. Alfaro, C. Civera y F. Tortosa, *Psicología Jurídica Evaluación e Intervención*. Diputació de Valencia.
- Echeburúa, E., Amor, P. J. y Fernández-Montalvo, J. F. (2002). *Vivir sin violencia*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI Editores.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(89), 355-384.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral, *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2001). *Celos en la pareja: una emoción destructiva*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2007). Male batterers with and without psychopathy: an exploratory study in Spanish prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51(3), 254-263.
- Echeburúa, E., y Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 9(1), 5-20.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P. J. (2003). Psychopathological profile of men convicted of gender violence: A study in the prisons of Spain. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 798-812.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P. J. (2006). Psychological treatment of men convicted of gender violence: A pilot-study in the Spanish prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50, 57-70.

- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., Corral, P. y López-Goñi, J. J. (2009). Assessing risk markers in intimate partner femicide and severe violence. A new assessment instrument. *Journal of Interpersonal Violence, 24* (6), 925-939.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y de Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*(2), 199-217.
- Eckhardt, C.I., Babcock, J. y Homack, S. (2004). Partner assaultive men and the stages and processes of change. *Journal of Family Violence, 19*, 81-93.
- Eckhardt, C. I., Barbour, K. A. y Davison, G. C. (1998). Articulated thoughts of maritally violent and nonviolent men during anger arousal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 259-269.
- Eckhardt, C. I., Barbour, K. A. y Stuart, G. L. (1997). Anger and hostility in maritally violent men: Conceptual distinctions, measurement issues and literatura review. *Clinical Psychology Review, 17*, 333-358.
- Eckhardt, C. I. y Deffenbacher, J. L. (1995). Diagnosis of anger disorders. En H. Kassinove (Ed.), *Anger disorders: Definition, diagnosis and treatment* (pp. 27-47). Philadelphia: Taylor y Francis.
- Eckhardt, C. I. y Dye, M. L. (2000). The cognitive characteristics of maritally violent men: Theory and evidence. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 139-158.
- Eckhardt, C. I., Norlander, B. y Deffenbacher, J. L. (2004). The assessment of anger and hostility: A critical review. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 17-43.
- Eckhardt, C., Samper, R. y Murphy, C. (2008). Anger disturbance among perpetrators of intimate partner violence. Clinical characteristics and outcomes of court-mandated treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 23*, 1600-1617.
- Edleson, J. (1996). Controversy and change in batterers' programs. En J. Edleson y Z. Eisikovits (Eds.), *Future interventions with battered women and their families* (pp. 154-169). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Edleson, J. y Grusznski, R. (1988). Treating men who batter: Four years of outcome data from the domestic abuse project. *Journal of Social Service Research, 12*, 3-22.
- Edleson, J. y Syers, M. (1990). Relative effectiveness of group treatments for men who batter. *Social Work Research and Abstracts, 26*, 10-17.

- Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H. y Johnson, J. G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting y Clinical Psychology, 71*, 741-753.
- Ehrensaft, M. K., Moffitt, T. E. y Caspi, A. (2004). Clinically abusive relationships in an unselected birth cohort: Men's and women's participation and developmental antecedents. *Journal of Abnormal Psychology, 113*, 258-271.
- Elbow, M. (1977). Theoretical considerations of violent marriages. *Social Casework, 58(9)*, 515-526.
- Else, L., Wonderlich, S. A., Beatty, W. W., Christie, D. W. y Staton, R. D. (1993). Personality characteristics of men who physically abuse women. *Hospital y Community Psychiatry, 44*, 54-58.
- Epstein, N. B. y Werlinich, C. A. (2003). *Assessment of physical and psychological abuse in an outpatient marital and family therapy clinic: How much abuse is revealed, under what conditions, and with what relation to relationship distress?* Presentado en la "Association for Advancement of Behavior Therapy", Boston, MA.
- Ewing, J. A. (1984). Detecting alcoholism. The cage questionnaire. *Journal of the American Medical Association, 252(14)*, 1905-1907.
- Expósito, F., Moya, M. y Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: Medición y correlatos. *Revista de Psicología Social, 13*, 159-169.
- Fazio, R. H., Sanbonmatsu, D. M., Powell, M. C. y Kardes, F. R. (1986). On the automatic activation of attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 229-238.
- Feder, L., y Dugan, L. (2002). A test of the efficacy of court-mandated counseling for domestic violence offenders: The Broward experiment. *Justice Quarterly, 19*, 343-375.
- Feder, L. y Forde, D. (1999, July). *A test of the efficacy of court-mandated counseling for convicted misdemeanor domestic violence offenders: Results from the Broward experiment.* Presentado en "the International Family Violence Research Conference", Durham, NH.
- Feld, S. L. y Straus, M. A. (1989). Escalation and desistance of wife assault in marriage. *Criminology, 27*, 141-161.

- Feldbau-Kohn, S., Heyman, R. E. y O'Leary, K. D. (1998). Major depressive disorder and depressive symptomatology as predictors of husband to wife physical aggression. *Violence and Victims*, 13, 347-360.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(88), 151-178.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2005). Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 451-475.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de la personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20, 193-198.
- Ferrando, P. J. y Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de discapacidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, 12, 383-389.
- Ferrando, L., Franco, A. L., Soto, M., Bobes, J., Soto, O., Franco, L. y Gubert, J. (1998). *M.I.N.I. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0.DSM-IV*. Madrid: Instituto IAP.
- 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(4), 249-253.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Smith Benjamin, L. (1999). *Guía del usuario de la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del eje II del DSM-IV- SCID-II*. Barcelona: Masson.
- Fisiloglu, H. y Demir, A. (2000). Applicability of the Dyadic Adjustment Scale for measurement of marital quality with Turkish couples. *European Journal of Psychological Assessment*, 16, 214-218.
- Fiske, S. T. y Taylor, S. E. (1991). *Social cognition* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Flournoy, P. S. y Wilson, G. L. (1991). Assessment of MMPI profiles of male batterers. *Violence and Victims*, 6, 309-320.
- Flournoy, P. S. (1993). A comparison of groups for men who batter (Tesis Doctoral, Washington State University), *Dissertation Abstracts International*, 53, 5974.

- Follingstad, D. R., Dehart, D. D., Kennedy, R. J. y Burke, L. K. (1999). Predictors of attrition in a treatment program for battering men. *Journal of Family Violence, 14* (1), 19-34.
- Follingstad, D. R., Rutledge, L. L., Berg, B. J., Hause, E. S. y Polek, D. S. (1990). The role of emotional abuse in physically abusive relationships. *Journal of Family Violence, 5*, 107-120.
- Follingstad, D. R., Wright, S., Lloyd, S. y Sebastian, J. A. (1991). Sex differences in motivations and effects in dating violence. *Family Relations: Journal of Applied Family & Child Studies, 40*(1), 51-57.
- Ford, D. A. y Regoli, M. J. (1993). The criminal prosecution of wife batterers: Process, problems, and effects. En N. Z. Hilton (Ed.), *Legal responses to wife assault* (pp. 127-164). Newbury Park, CA: Sage.
- Frieze, I. H. (1983). Investigating the causes and consequences of marital rape. *Signs, 8*, 532-553.
- Fritz, P. A. T. y O'Leary, K. D. (2004). Physical and psychological partner aggression across a decade: A growth curve analysis. *Violence y Victims, 19*, 3-16.
- Gardner, R. A. (1988). Method of conflict resolution and correlates of physical aggression and victimization in heterosexual, lesbian and gay male couples (Doctoral dissertation, University of Georgia, 1988). *Dissertation Abstracts International, 50*, 746.
- Garrido, V. (2000). *Psicópata*. Madrid: Algar Editorial.
- Gavazzi, S. M., Julian, T. W. y McKenry, P. C. (1996). Utilization of the Brief Symptom Inventory to discriminate between violent and nonviolent male relationship partners. *Psychological Reports, 79*, 1047-1056.
- Gelles, R. J. y Straus, M. A. (1988). *Intimate violence: The causes and consequences of abuse in the American family*. New York: Simon and Schuster.
- George, D., Umhau, J., Phillips, M., Emmela, D., Ragan, P., Shoaf, S. y Rawlings, R. (2001). Serotonin, testosterone and alcohol in the etiology of domestic violence. *Psychiatry Research, 104*, 27-37.
- Gerlock, A. A. (2001). Who completes and who drops out of domestic violence rehabilitation. *Issues in mental health nursing, 22*(19), 1-22.

- Goetz, A. T., Shackelford, T. K., Schipper, L. D. y Stewart-Williams, S. (2006). Adding insult to injury: Development and initial validation of the Partner-Directed Insults Scale. *Violence and Victims, 21*, 691-706.
- Goldstein, D. y Rosenbaum, A. (1985). An evaluation of the self-esteem of maritally violent men. *Family Relations, 34*, 425-428.
- Gondolf, E. F. (1988). Who are those guys? Toward a behavioral typology of batterers. *Violence and Victims, 3*, 187-203.
- Gondolf, E. W. (1997a). A comparison of four batterer intervention systems. *Journal of Interpersonal Violence, 14 (1)*, 41-61.
- Gondolf, E. (1997b). Patterns of reassault in batterer programs. *Violence and Victims, 12*, 373-387.
- Gondolf, E. W. (1998). Do batterer programs work? A 15-month follow-up of a multi-site evaluation. *Domestic Violence Report, 3 (Junio/Julio)*, 64-65, 78-79.
- Gondolf, E. W. (1999). MCMI results for batterer program participants in four cities: Less "pathological" than expected. *Journal of Family Violence, 14*, 1-17.
- Gondolf, E. W. (2000). Reassault at 30-months after batterer programs intake. International. *Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 44*, 111-128.
- Gondolf, E. W. (2004). Evaluating batterer counseling programs: A difficult task showing some effects and implications. *Aggression and Violent Behavior, 9*, 605-631.
- Gondolf, E. W. y White, R. J. (2001). Batterer program participants who repeatedly reassault: Psychopathic tendencies and other disorders. *Journal of Interpersonal Violence, 16*, 361-380.
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M. y Rodríguez, F. (2002). *Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L.* Adaptación española. Madrid: TEA.
- Gordon, J. A. y Moriarty, L. J. (2003). The effects of domestic violence batterer treatment on domestic violence recidivism. *Criminal Justice and Behavior, 30(1)*, 118-134.
- Gottman, J. M., Jacobson, N. S., Rushe, R. H., Shortt, J., Babcock, J., La Taillade, J. J., et al. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive

- behavior, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, 9, 227-248.
- Graham, J. M., Liu, Y. J. y Jeziorski, J. L. (2006). The Dyadic Adjustment Scale: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family*, 68, 701-717.
- Grann, M. y Wedin, I. (2002). Risk factors for recidivism among spousal assault and spousal homicide. *Psychology, Crime and Law*, 8, 5-23.
- Graña, J. L., Rodríguez, M. J. y Peña, M. E. (2009). Agresión hacia la pareja en una muestra de la Comunidad de Madrid: análisis por género. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 9, 7-28.
- Greene, A. F., Coles, C. J. y Johnson, E. H. (1994). Psychopathology and anger in interpersonal violence offenders. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 906-912.
- Greene, A. F., Lynch, T. F., y Decker, B. (1997). A psychobiological theoretical characterisation of interpersonal offenders. *Aggression and Violent Behaviour*, 2(3), 273-284.
- Grych, J. G. y Fincham, F. D. (2001). *Interparental conflict and child development: Theory, research and applications*. New York: Cambridge University Press.
- Hamamcı, Z. y Büyüköztürk (2004). The Interpersonal Cognitive Distortions Scale: development of the scale and investigation of its psychometric characteristics. *Psychological Reports*, 95, 291-303.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1986). Personality correlates of men who abuse their partners: A Cross-validation study. *Journal of Family Violence*, 1, 323-341.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1988). Skills training for treatment of spouse abusers an outcome study. *Journal of Family Violence*, 3, 121-130.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1990). Recidivism following spouse abuse abatement counseling treatment program implications. *Violence and Victims*, 5, 157-170.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1991). Personality correlates of men who batter and nonviolent men: Some continuities and discontinuities. *Journal of Family Violence*, 6, 131-147.
- Hamberger, L. K., Lohr, J. M., Bonge, D. y Tolin, D. F. (1996). A large simple empirical typology of male spouse abusers and its relationship to dimensions of abuse. *Violence and Victims*, 11, 277-292.

- Hanson, P. K., Cadsky, O., Harris, A. y Lalonde, C. (1997). Correlates of battering among 997 men: Family history, adjustment, and attitudinal differences. *Violence y Victims, 12*, 191-208.
- Hanson, R. K. y Wallace-Capretta, S. (2004). Predictors of criminal recidivism among male batterers. *Psychology, Crime y Law, 10(4)*, 413-427.
- Hare, R. (2000). Psychopathy and risk for recidivism and violence. En N. Gray, J. M. Laing y L. Noaks (2000), *Criminal justice, mental health and the politics of risk*. London: Cavendish Publishing.
- Harrell, A. (1991). *Evaluation of court ordered treatment for domestic violence offenders*. Washington, DC: Urban Institute.
- Harris, J. A. (1986). Counselling violent couples using Walker's model. *Psychotherapy, 23*, 613-621.
- Harris, J. A. (1997). A further evaluation of the Aggression Questionnaire: Issues of validity and reliability. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 1047-1053.
- Hart, S. D., Dutton, D. G. y Newlove, T. (1993). The prevalence of personality disorder among wife assaulters. *Journal of Personality Disorders, 7*, 329-341.
- Hastings, J. E. y Hamberger, L. K. (1988). Personality characteristics of spouse abusers: A controlled comparison. *Violence and Victims, 3*, 31-48.
- Hawkins, R. y Beauvais, C. (1985, Agosto). *Evaluation of group therapy with abusive men: The police record*. Presentado en "the meeting of the American psychological association", Los Angeles, CA.
- Healey, K. y Smith, C. (1998). *Pioneers in Batterer Intervention: Program Models. Batterer Intervention: Program Approaches and Criminal Justice Strategies*. U.S. Department of Justice.
- Hettrich, E. L. y O'Leary, K. D. (2005). *Females' Reasons for Their Physical Aggression in Dating Relationships*. Stony Brook, New York: Stony Brook University.
- Heyman, R. E. y Neidig, P. H. (1997). Physical Aggression Couples Treatment. En W. K. Halford y H. J. Markman (Eds.), *Clinical handbook of marriage and couples interventions* (pp. 589-617). New York: Wiley.
- Hines, D. A. y Saudino, K. J. (2003). Gender differences in psychological, physical and sexual aggression among college students using the revised conflict tactics scale. *Violence and Victims, 18(2)*, 197-217.

- Holtzworth-Munroe, A. y Anglin, K. (1991). The competency of responses given by maritally violent versus nonviolent men to problematic marital situations. *Violence and Victims, 6*, 257-269.
- Holtzworth-Munroe, A. y Hutchinson, G. (1993). Attributing negative intent to wife behavior: The attributions of maritally violent versus nonviolent men. *Journal of Abnormal Psychology, 102*, 206-211.
- Holtzworth-Munroe, A. y Meehan, J. C. (2004). Typologies of men who are maritally violent: Scientific and clinical implications. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 1369-1389.
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U. y Stuart, G. L. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart batterer typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1000-1019.
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U., y Stuart, G. L. (2003). Do subtypes of maritally violent men continue to differ over time? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 728-740.
- Holtzworth-Munroe, A., Smutzler, N., Sandin, E. y Bates, L. (1997). A brief review of the research on husband violence. Part I: Maritally violent versus non-violent men. *Aggression and Violent Behavior, 2(1)*, 65-99.
- Holtzworth-Munroe, A. y Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin, 116*, 476-497.
- Holtzworth-Munroe, A. y Stuart, G. L. y Hutchinson, G. (1997). Violent versus nonviolent husbands: Differences in attachment patterns, dependency and jealousy. *Journal of Family Psychology, 11*, 314-331.
- Holtzworth-Munroe, A., Waltz, J., Jacobson, N. S., Monaco, V., Fehrenbach, P. A. y Gottman, J. M. (1992). Recruiting nonviolent men as control subjects for research on marital violence: How easily can it be done? *Violence and Victims, 7*, 79-88.
- Hornung, C. B., McCullough, C. y Sugimoto, T. (1981). Status relationships in marriage: Risk factors in spouse abuse. *Journal of Marriage and the Family, 43*, 675-692.
- Hotaling, G. T. y Sugarman, D. B. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims, 1*, 101-124.

- Huss, M. T. y Langhinrichsen-Roling, J. (2001). *The utility of psychopathy and typologies within a battering population*. Presentado en “The anual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy”, New Orleans, LA.
- Huss, M. T. y Ralston, A. (2008). Do batterer subtypes actually matter? Treatment completion, treatment response, and recidivism across a batterer typology. *Criminal Justice and Behavior*, 35, 710-724.
- Jacobson, N. S. (1994). Rewards and dangers in researching domestic violence. *Family Process*, 33, 81-85.
- Jacobson, N. S., Gottman, J. M., Waltz, J., Rushe, R., Babcock, J. y Holtzworth-Munroe, A. (1994). Affect, verbal content and psychophysiology in the arguments of couples with a violent husbands. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 982-988.
- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family*, 57(2), 283-294.
- Johnson, R., Gilchrist, E., Beech, A. R., Weston, S., Takriti, R. y Freeman, R. (2006). A psychometric typology of U.K. domestic violence offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 1270-1285.
- Jones, A. S. y Gondolf, E. W. (2001). Rime-varying risk factors for reassault among batterer program participants. *Journal of Family Violence*, 16, 345-359.
- Jouriles, E. N., McDonald, R., Norwood, W. D. y Ezell, E. (2001). Issues and controversies in documenting the prevalence of children's exposure to domestic violence. En S. A. Graham-Bermann y J. L. Edleson (Eds.), *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy* (pp. 1234). Washington, DC: American Psychological Association.
- Karoly, P., y Ruehlman, L. S. (1995). Goal cognition and its clinical applications: development and preliminary validation of four motivational assessment instruments. *Assessment*, 2(2), 113-129.
- Kasian, M. y Painter, S. L. (1992). Frequency and severity of psychological abuse in a dating population. *Journal of Interpersonal Violence*, 7, 350-364.
- Kemp, A., Rawlings, E. I. y Green, B. L. (1991). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in battered women: A shelter sample. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 137-148.
- Kessler, R. C., Molnar, B. E., Feurer, I. D. y Appelbaum, M. (2001). Patterns of mental health predictors of domestic violence in the United States: Results from the

- National Comorbidity Survey. *International Journal of Law and Psychiatry*, 24, 487-508.
- Kokkevi, A. y Hartgers, C. (1995). European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence. *European Addiction Research*, 1, 208-210.
- Kropp, P. R. y Hart, D. D. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) Guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24, 101-118.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. W. y Eaves, D. (1995). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide* (2nd ed). Vancouver, BC: British Columbia Institute Against Family Violence.
- Kurdek, L.A. (1992). Dimensionality of the Dyadic Adjustment Scale: Evidence from heterosexual and homosexual couples. *Journal of Family Psychology*, 6, 22-35.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., de Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Langhinrichsen-Rohlin, J., Huss, M. T. y Ramsey, S. (2000). The clinical utility of batterer typologies. *Journal of Family Violence*, 15(1), 37-53.
- LaTaillade, J. J., Epstein, N. B., y Werlinich, C. A. (2006). Conjoint Treatment of Intimate Partner Violence: A Cognitive Behavioral Approach. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 20(4), 393-410.
- Lavoie, F., Robitaille, L. y Hébert, M. (2000). Teen dating relationships and aggression: an exploratory study. *Violence Against Women*, 6(1), 6-36.
- Leonard, K. E. (2002). Alcohol and substance abuse in marital violence and child maltreatment. En C. Wekerle y A. M. Wall (Eds.), *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence* (pp. 194-219). New York: Brunner-Routledge.
- Leong, D. J., Coates, C. J. y Hoskins, J. (1987). *Follow-up of batterers treated in a court-ordered treatment program*. Presentado en “the Third National Family Violence Research Conference”, University of New Hampshire, Durham, NH.
- Levenson, M. R., Kiehl, K. A., y Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 151-158.

- Levesque, D. A., Driskell, M. M., y Prochaska, J. M. (2001). *Development of a situational temptation scale for domestic violence offenders*. Presentado en “The 7th International Family Violence Research Conference”, Portsmouth, NH.
- Levesque, D. A., Gelles, R. J. y Velicer, W. F. (2000). Development and validation of a stages of change measure for men in betterer treatment. *Cognitive and Therapy Research*, 2, 175-200.
- Levinson, D. (1987). Family violence in cross-cultural perspective. En V. B. Van Hasselt, R. L. Morrison, A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Handbook of family violence* (pp. 435-455). New York: Plenum Press.
- Lila, M. (2009). Intervención con hombres penados por violencia contra la mujer: Programa Contexto. En F. Fariña, R. Arce y G. Buela (Eds), *Violencia de género. Tratado psicológico y legal*. Madrid: Ed. Biblioteca Nueva.
- Lila, M., Herrero, J., y Gracia, E. (2008). Atribución de responsabilidad y minimización en hombres penados por violencia contra la mujer: Un instrumento de evaluación. En F. J. Rodríguez, C. Bringas, F. Fariña, R. Arce y A. Bernardo (Eds.), *Psicología jurídica. Familia y victimología* (pp. 271-279). Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.
- Lim, B. K. y Ivey, D. (2000). The assessment of marital adjustment with Chinese populations: A study of the psychometric properties of the Dyadic Adjustment Scale. *Contemporary Family Therapy*, 22, 453-465.
- Locke, H. J., y Wallace, M. (1959). Short marital adjustment and prediction test; Reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Lohr, J. M., Bonge, D., Witte, T. H., Hamberger, L. K. y Langhinrichsen-Rohling, J. (2005). Consistency and accuracy of batterer typology identification. *Journal of Family Violence*, 20(4), 253-258.
- Loinaz, I. (2010). *El estudio de las tipologías de agresores de pareja en los centros penitenciarios*. Ayudas a la investigación 2009. Barcelona: Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada.
- López-Ibor, J., Pérez-Urdániz, A. y Rubio, V. (1996). *Examen Internacional de los Trastornos de la Personalidad: Módulo DSM-IV. Versión española*. Madrid: Organización Mundial de la Salud.

- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer: realidades y mitos*. Barcelona: Ares y Mares.
- Luengo, M. A., Carrillo De la Peña, M. T. y Otero, J. M. (1991). The components of impulsiveness: a comparison of the I.7 impulsiveness questionnaire and the Barratt Impulsiveness Scale. *Personality and Individual Differences*, 12(7), 657-667.
- Lynam, D. R., Whiteside, S., y Jones, S. (1999). Self-report psychopathy: A validation study. *Journal of Personality Assessment*, 73, 110-132.
- Maiuro, R. D., Cahn, T. S., Vitaliano, P. P., Wagner, B. C. y Zegree, J. B. (1988). Anger, hostility and depression in domestically violent versus generally assaultive men and nonviolent control subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 17-23.
- Malero, R. y Cantero, M.J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clinica y Salud*, 19, 83-100.
- Malik, N. M. y Lindahl, K. M. (1998). Aggression and dominance: The roles of power and culture in domestic violence. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5, 409-423.
- Margolin, G., John, R. S. y Gleberman, L. (1988). Affective responses to conflictual discussions in violent and nonviolent couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 24-33.
- Maxwell, C. D., Garner, J. H., y Fagan, J. A. (2001). *The effects of arrest on intimate partner violence: new evidence from the spouse assault replication program. Research in Brief*. NCJ 188199. Washington, DC: US Department of Justice, National Institute of Justice.
- McConaughy, E., DiClemente, C., Prochaska, J. y Velicer, W. (1989). Stages of change in psychotherapy: A follow-up report. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 26, 494-503.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H. y Argeriou, M. (1992). The Fifth Edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 199-213.
- Medina-Ariza J. y Barberet R. (2003). Intimate partner violence in Spain. *Violence Against Women*, 9, 302-322.
- Miguel-Tobal, J., Casado, M., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. (2001). *Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo STAXI-2*. Madrid: TEA Ediciones.

- Mihalic, S. W., Elliott, D. A. y Menard, S. (1994). Continuities in marital violence. *Journal of Family Violence, 9*, 195-225.
- Millon, T. (1983). *Millon clinical multiaxial inventory manual. Interpretive Scoring systems*. Minneapolis, MN: Interpretive Scoring Systems.
- Mills, J. F., Kroner, D. G. y Forth, A. E. (1998). Novaco Anger Scale: reliability and validity within an adult criminal sample. *Assessment, 5*, 237-248.
- Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad (2011). *III Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2010*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Centro de Publicaciones.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Rutter, M. y Silva, P. A. (2001). *Sex differences in antisocial behavior: Conduct disorder, delinquency and violence in the Dunedin longitudinal study*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Monahan, J., Steadman, H. J., Silver, E., Appelbaum, P. S., Robbins, P. C., Mulvey, E. P., Roth, L. H., Grisson, T. y Banks, S. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. New York: Oxford University Press.
- Monson, C. M. y Langhinrichsen-Rohling, J. (1998). Sexual and non sexual aggression. *Aggression and Violent Behaviour, 3(4)*, 369-389.
- Morrel, T. M., Elliott, J. D., Murphy, C. M., y Taft, C. (2003). Cognitive-behavioral and supportive group treatments for partner-violent men. *Behavior Therapy, 34*, 77-95.
- Muñoz-Rivas, M., Andreu, J. M., Graña, J. L., O'Leary, D. K., y González, P. (2007). Validación de la versión modificada de la Conflicts Tactics Scale (M-CTS) en población juvenil española. *Psicothema, 19*, 693-698.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., O'Leary, K. D. y González, M. P. (2007a). Physical and psychological aggression in dating relationships in Spanish university students. *Psicothema, 19(1)*, 102-107.
- Muñoz-Rivas, M. J., Graña, J. L., O'Leary, K. D. y González, M. P. (2007b). Aggression in adolescent dating relationships: prevalence, justification and health consequences. *Journal of Adolescent Health, 40*, 298-304.
- Murphy, C. M. y Baxter, V. A. (1997). Motivating batterers to change in the treatment context. *Journal of Interpersonal Violence, 12*, 607-619.
- Murphy, C. M. y Eckhardt, C. I. (2005). *Treating the Abusive Partner: An Individualized Cognitive-Behavioral Approach*. New York: The Guilford Press.

- Murphy, C. M. y Hoover, S. A. (1999). Measuring emotional abuse in dating relationships as a multifacotrial construct. *Violence and Victims, 14*, 39-53.
- Murphy, C. M., Hoover, S., y Taft, C. (1999). *The multidimensional measure of emotional abuse: Factor structure and subscale validity*. Toronto: Association for the Advancement of Behavior Therapy.
- Murphy, C. M., Meyer, S. L. y O'Leary, K. D. (1993). Family of origin violence and MCMI-II psychopathology among partner assaultive men. *Violence and Victims, 8*, 165-176.
- Murphy, C. M., Meyer, S. L. y O'Leary, K. D. (1994). Dependency characteristics of partner assaultive men. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 729-735.
- Murphy, C. M., Morrel, T. M., Elliott, J. D. y Neavins, T. M. (2003). A prognostic indicator scale for the treatment of domestic abuse perpetrators. *Journal of Interpersonal Violence, 18*, 1087-1105.
- Murphy, C. M., Musser, P. H. y Maton, K. I. (1998). Coordinated community intervention for domestic abusers: Intervention system involvement and criminal recidivism. *Journal of Family Violence, 13*, 263-284.
- Murphy, C. M. y O'Farrell, T. J. (1994). Factors associated with marital aggression in male alcoholics. *Journal of Family Psychology, 8*, 321-335.
- Murphy, C. M. y O'Farrell, T. J. (1996). Marital violence among alcoholics. *Current Directions in Psychological Science, 5*, 183-186.
- Murphy, C. M. y O'Farrell, T. J. (1997). Couple communication patterns of maritally aggressive and nonaggressive male alcoholics. *Journal of Satudies on Alcohol, 58*, 83-90.
- Murphy, C. M., O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W. y Feehan, M. (2001). Correlates of intimate partner violence among male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 528-540.
- Murphy, C. M. y O'Leary, K. D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 579-582.
- Murphy, C. M., Taft, C. T. y Eckhardt, C. I. (2007). Anger problem profiles among partner violent men: Differences in clinical presentation and treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology, 54*, 189-200.

- Naciones Unidas (1994). Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. A/RES/48/104. Ginebra: Naciones Unidas.
- Neidig, P. H. y Friedman, D. H. (1984). *Spouse abuse: A treatment program for couples*. Champaign, IL: Research Press.
- Neidig, P. H., Friedman, D. H. y Collins, B. S. (1986). Attitudinal characteristics of males who have engaged in spouse abuse. *Journal of Family Violence, 1*, 223-233.
- Newell, R. G. (1994). The effectiveness of court-mandated counseling for domestic violence: An outcome study. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences, 53*, 1193.
- Norlander, B. y Eckhardt, C. I. (2005). Anger, hostility and male perpetrators of intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 25*, 119-152.
- Norton, R. (1983). Measuring marital quality: A critical look at the dependent variable. *Journal of Marriage and The Family, 45*, 141-151.
- O'Farrell, T. J., Fals-Stewart, W., Murphy, M. y Murphy, C. M. (2003). Partner violence before and after individually-based alcoholism treatment for male alcoholic patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 92-102.
- O'Farrell, T. J. y Murphy, C. M. (1995). Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 256-262.
- Oldham, J., Clarkin, J., Appelbaum, A., Carr, A., Kernberg, P., Lotterman, A., y Haas, G. (1985). A self-report instrument for Borderline Personality Organization. En TH. McGlashan (ed.) *The Borderline: Current empirical research. The Progress in Psychiatry Series* (pp. 1-18). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- O'Leary, K. D. (1988). Physical aggression between spouses: A social learning theory perspective. En V. B. Van Hasselt, R. L. Morrison, A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Handbook of family violence* (pp. 31-55). New York: Plenum Press.
- O'Leary, K. D. (1999). Developmental and affective issues in assessing and treating partner aggression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 6(4)*, 400-414.
- O'Leary, K. D., Barling, J., Arias, I., Rosenbaum, A., Malone, J. y Tyree, A. (1989). Prevalence and stability of physical aggression between spouses: A longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*, 263-268.

- O'Leary, K. D., Cantos, A. L. y Neidig, P. H. (1994). Injuries of women and men in a treatment program for domestic violence. *Journal of Family Violence, 9* (2), 113-124.
- O'Leary, K. D., Heyman, R. H., y Neidig, P. H. (1999). Treatment of wife abuse: A comparison of gender-specific and conjoint approaches. *Behavior Therapy, 30*, 475-505.
- O'Leary, K. D., Malone, J. y Tyree, A. (1994). Physical aggression in early marriage: Prerelationship and relationship effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 594-602.
- O'Leary, K. D. y Slep, A. M. S. (2003). A dyadic longitudinal model of adolescent dating aggression. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 32*, 314-327.
- O'Leary, K. D., Vivian, D. y Malone, J. (1992). Assessment of physical aggression against women in marriage: The need for multimodal assessment. *Behavioral Assessment, 14*, 5-14.
- O'Leary, K. D. y Woodin, E. M. (2009). *Psychological and physical aggression in couples. Causes and interventions*. Whashington: American Psychological Association.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalbán, V. y Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *European Journal of Psychiatry, 15*, 147-155.
- Organización Mundial de la Salud (1995). *Violencia contra la mujer*. Beijing: Naciones Unidas.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe sobre Violencia y Salud*. Naciones Unidas.
- Palmer, S. E., Brown, R. A. y Barrera, M. E. (1992). Group treatment program for abusive husbands: Long term evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry, 62*, 276-283.
- Pan, H. S., Neidig, P. H. y O'Leary, K. D. (1994a). Male-female and aggression-victim differences in the factor structure of the modified Conflict Tactics Sscale. *Journal of Interpersonal Violence, 9*, 366-382.

- Pan, H. S., Neidig, P. H. y O'Leary, K. D. (1994b). Predicting mild and severe husband-to-wife physical aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*, 975-981.
- Pence, E. y Paymar, M. (1993). *Education Groups for Men Who Batter: The Duluth Model*. New York: Springer.
- Plutchik, R. y Van Praag, H. (1989). The measurement of suicidality, aggressivity and impulsivity. *Progress in Neuropsychopharmacology Biology and Psychiatry, 13*, 523-534.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1982). Transtheoretical therapy: Howard a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19*, 276-278.
- Prochaska, J. y DiClemente, C. (1986). The Transtheoretical approach. En J. Norcross (Eds.), *Handbook of eclectic psychotherapy*. New York: Bruner/Mazel.
- Quinteros, A., y Carbajosa, P. (2008). *Hombres maltratadores. Tratamiento psicológico de agresores*. Madrid: Grupo 5. Acción y Gestión social.
- Ravndal, E., Vaglum, P. y Lauritzen, G. (2005). La finalización del tratamiento de internamiento a largo plazo para drogadictos: Estudio prospectivo de 13 unidades. *RET, Revista de Toxicomanías, 44*, 25-30.
- Remington, N. y Murphy, C. (2001). *Treatment outcomes of partner violence perpetrators with psychopathic and borderline personality characteristics*. Presentado en "The annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy", Philadelphia.
- Rennison, C. M. (2001). *Intimate partner violence and age of victim, 1993-99* (NCJ Publication No. 19735). Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.
- Repetti, R. L., Taylor, S. E. y Seeman, T. E. (2002). Risky families: Family social environments and the mental and physical health of offspring. *Psychological Bulletin, 128*, 330-366.
- Reynolds, W. M. (1982). Development of reliable and valid short forms of the Marlowe Crowne social desirability scale. *Journal of Clinical Psychology, 38*, 119-124.
- Riggs, D. S. y O'Leary, K. D. (1996). Aggression Between Heterosexual Dating Partners. An Examination of a Casual Model of Courtship Aggression. *Journal of Interpersonal Violence, 11(4)*, 519-540.

- Roa, A. (1995). *Evaluación en psicología clínica y de la salud*. Madrid: CEPE.
- Roberts, A. R. (1987). Psychosocial characteristics of batterers: A study of 234 men charged with domestic violence offenses. *Journal of Family Violence*, 2(1), 81-93.
- Roberts, A. R. (2007). Domestic violence continuum, forensic assessment, and crisis intervention. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 88(1), 30-43.
- Roberts, A. R. y Roberts, B. (2005). *Ending Intimate Abuse: Practical Guidance and Survival Strategies*. New York: Oxford University Press.
- Rodríguez, M. J. (2010). *Agresión hacia la pareja en una muestra comunitaria de la Comunidad de Madrid: Análisis por género*. Tesis doctoral publicada, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, España.
- Rosenbaum, A., Hoge, S. K., Adelman, S. A. y Warnken, W. J. (1994). Head injury in partner-abusive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1187-1193.
- Rosenbaum, A. y O'Leary, K. D. (1981). Marital violence: Characteristics of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 63-71.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton.
- Rosenfeld, B. D. (1992). Court-ordered treatment of spouse abuse. *Clinical Psychology Review*, 12, 205-226.
- Rothschild, B., Dimson, C., Storaasli, R. y Clapp, L. (1997). Personality profiles of veterans entering treatment for domestic violence. *Journal of Family Violence*, 12(3), 259-274.
- Rubio, G., Montero, I., Jáuregui, J., Martínez, M. L., Álvarez, S. y Marín, J. J. (1998). Validación de la escala de impulsividad de Plutchik en población española. *Archivos de Neurobiología*, 61, 223-232.
- Ruiz, S. y Expósito, F. (2008). Intervención con hombres en suspensión condicional de condena por violencia de género. *Anuario de Psicología Jurídica*, 18, 81-89.
- Ruiz, S., Negro, L., Ruiz, A., García-Moreno, C., Herrero, O., Yela, M. y Pérez, M. (2010). *Violencia de género: Programa de intervención para agresores*. Madrid: Ministerio del Interior. Secretaría General Técnica.
- Russell, D. E. H. (1982). *Rape in marriage*. New York: Macmillan.
- Sandi, L. E. y Ávila, K. (1990). Validity of the Addiction Severity Index (Adapted version) in Costa Rican population group. *Bulletin of PAHO*, 24, 70-76.

- Sanmartín, J. (coord.) (2004). *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos*. Barcelona: Ariel.
- Sanz, J., Navarro, M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(124), 239-288.
- Saunders, D. G. (1988). Wife abuse, husband abuse or mutual combat? A feminist perspective on the empirical findings. En K. Yllo y M. Bograd (Eds.), *Feminist perspectives on wife abuse* (pp. 90-113). Newbury Park, CA: Sage.
- Saunders, D. G. (1992). A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 264-275.
- Saunders, D. G. (1996). Feminist-cognitive-behavioral and process-psychodynamic treatments for men who batter: Interactions of abuser traits and treatment models. *Violence and Victims*, 11, 393-414.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., de la Fuente, J. R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Schafer, J., Caetano, R. y Clark, C. (2002). Agreement about violence in U.S. couples. *Journal of Interpersonal Violence*, 17 (4), 457-470.
- Schumacher, J. A., Feldbau-Kohn, S., Slep, A. M. S., Heyman, R. E. (2001). Risk factors for male-to-female partner physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 281-352.
- Schumm, W. R., Paff-Bergen, L. A., Hatch, R. C. y Obiorah, F. C. (1986). Concurrent and discriminant validity of the Kansas Marital Satisfaction Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 48, 381-387.
- Scott, K. T. (2004). Stage of change as a predictor of attrition among men in a batterer treatment program. *Journal of Family Violence*, 19, 37-47.
- Scott, K. T. y Wolfe, D. A. (2003). Readiness to change as a predictor of outcome in batterer treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 879-889.
- Shackelford, T. K., y Goetz, A. T. (2004). Men's sexual coercion in intimate relationships: Development and initial validation of the Sexual Coercion in Intimate Relationships Scale. *Violence and Victims*, 19, 541-556.

- Sharpley, C. F. y Rogers, H. J. (1984). Preliminary validation of the Abbreviated Spanier Dyadic Adjustment Scale: Some psychometric data regarding a screening test of marital adjustment. *Educational and Psychological Measurement*, 44, 1045-1049.
- Sherman, L. W. y Berk, R. A. (1984). The specific deterrent effects of arrest for domestic assault. *American Sociological Review*, 49, 261-272.
- Shields, N. M. y Hanneke, C. R. (1983). Attribution processes in violent relationships: Perceptions of violent husbands and their wives. *Journal of Applied Social Psychology*, 13, 515-527.
- Simpson, L. E. y Christensen, A. (2005). Spousal agreement regarding relationship aggression among treatment-seeking couples. *Psychological Assessment*, 17, 423-432.
- Skinner, H. A. (1982). The Drug Abuse Screening Test. *Addictive Behaviors*, 7, 363-371.
- Skopp, N. A., McDonald, R., Manke, B. y Jouriles, E. N. (2005). Siblings in domestically violent families: Experiences of interparent conflict and adjustment problems. *Journal of Family Psychology*, 19, 324-333.
- Slep, A. M. S. y Heyman, R. E. (2001). Where do we go from here? Moving toward an integrated approach to family violence. *Aggression and Violent Behavior*, 6, 353-356.
- Slep, A. M. S. y O'Leary, K. D. (2005). Parent and partner violence in families with young children: rates, patterns and connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 435-444.
- Smith, C. (1988). *Status discrepancies and husband-to-wife violence*. Presentado en el "Eastern meeting of the Sociological Society". Durham, NH.
- Smith, C., Meadows, A. y Kaufman J. (2009). Interventions for intimate partner violence: review and implications for evidence-based practice. *Professional Psychology Research and Practice*, 40(3), 223-233.
- Soler, H., Vinayak, P., y Quadagno, D. (2000). Biosocial aspects of domestic violence. *Psychoneuroendocrinology*, 25, 721-739.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28.

- Spanier, G. B. (1988). Assessing the strengths of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Family Psychology*, 2, 92-94.
- Spanier, G. B. y Thompson, L. (1982). A confirmatory analysis of the Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Marriage and the Family*, 44, 731-738.
- Spielberger, C. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). *STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. California: Consulting Psychologists Press.
- Stacey, W. A. y Shupe, A. (1984). *An evaluation of three programs for abusive men in Texas* (Monografía de Investigación N° 29). Arlington, TX: Center for Social Research, University of Texas.
- Stets, J. E. (1990). Verbañ and physical aggression in marriage. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 501-514.
- Stets, J. E. y Straus, M. A. (1990). Gender differences in reporting marital violence and its medical and psychological consequences. En M. A. Straus y R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families* (pp. 151-165). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.
- Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B. y Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10, 65-98.
- Stith, S. M., Rosen, K. H., McCollum, E. E. y Thomsen, C. J. (2004). Treating intimate partner violence within intact couple relationships: Outcomes of multi-couple versus individual couple therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 30, 305-318.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics Scales. *Journal of Marriage and the Family*, 41, 75-88.
- Straus, M. A. y Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8.145 families*. New Brunswick, HJ: Transaction Publishing.
- Straus, M. A., Hamby, S. L., Boney-McCoy, S. y Sugarman, D. B. (1996). The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of family issues*, 17(3), 283-316.

- Straus, M. A. y Sweet, S. (1992). Verbal/symbolic aggression in couples: Incidence rates and relationships to personal characteristics. *Journal of Marriage y the Family*, 54, 346-357.
- Sugarman, D. B. y Frankel, S. L. (1996). Patriarchal ideology and wife-assault: A meta-analytic review. *Journal of Family Violence*, 11, 13-40.
- Sugihara, Y. y Warner, J. A. (1999). Mexican-American male batterers on the MCMI-III. *Psychological Reports*, 85, 163-169.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., Elliot, J. D. y Morrel, T. M. (2001). Attendance enhancing procedures in group counseling for domestic abusers. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 51-60.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., King, L. A., DeDeyn, J. M. y Musser, P. H. (2005). Posttraumatic stress disorder symptomatology among partners of men in treatment for relationship abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 114 (2), 259-268.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., King, D. W., Musser, P. H. y DeDeyn, J. M. (2003). Process and treatment adherence factors in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 812-820.
- Taft, C. T., Torres, S. E., Panuzio, J., Murphy, M., O'Farrell, T. J., Monson, C. M. y Murphy, C. M. (2006). Examining the Correlates of Psychological Aggression Among a Community Sample of Couples. *Journal of Family Psychology*, 20(4), 581-588.
- Taylor, B., Davis, R. y Maxwell, C. (2001). The effects of a group batterer programme: A randomized experiment in Brooklin. *Justice Quarterly*, 18, 170-201.
- Tilley, D. S. y Brackley, M. (2005). Men who batter intimate partners: a grounded theory study of the development of male violence in intimate partner relationships. *Issues in Mental Health Nursing*, 26, 281-297.
- Tjaden, P. y Thoennes, N. (2000). *Extent, Nature and Consequences of Intimate Partner Violence. Findings From the National Violence Against Women Survey*. Washington D.C.: U.S. Department of Justice. National Institute of Justice. Disponible en <http://www.ojp.vsdoj.gov/nij>.
- Tolan, P. H., Gorman-Smith, D. y Henry, D. B. (2006). Family violence. *Annual Review of Psychology*, 57, 557-583.
- Tolman, R. M. (1989). The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence and Victims*, 4, 159-177.

- Tolman, R. M. (1999). The validation of the psychological maltreatment of women inventory. *Violence and Victims, 14*, 25-38.
- Tolman, R. y Bennett, L. (1990). A review of quantitative research on men who batter. *Journal of Interpersonal Violence, 5*, 87-118.
- Tolman, R. M. y Bhosley, G. (1991). The outcome of participation in a shelter sponsored program for men who batter. En D. Knudsen y J. Miller (Eds.), *Abused and battered: Social and legal responses to family violence*. Hawthorne, NY: Adline, De Gruyter.
- Turrell, S. C. (2000). A descriptive analysis of same-sex relationship violence for a diverse sample. *Journal of Family Violence, 15*, 281-293.
- Tutty, L., Bidgood, B., Rothery, M., y Bidgood, P. (2001). An evaluation of men's batterer treatment groups: A component of a co-ordinated community response. *Research on Social Work Practice, 11(6)*, 645-670.
- Tweed, R. y Dutton, D. G. (1998). A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims, 13*, 217-230.
- Valor-Segura, I., Expósito, F. y Moya, M. (2009). Desarrollo y validación de la versión española de la Spouse-Specific Dependency Scale (SSDS). *International Journal of Clinical and Health Psychology, 9*, 479-500.
- Varela, N. (2002). *Íbamos a ser reinas*. Barcelona: Ediciones B. S. A.
- Waldo, M. (1988). Relationship enhancement counseling groups for wife abusers. *Journal of Mental Health Counseling, 10*, 37-45.
- Walker, L. E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Harper and Row.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and Domestic Violence Around the World. *American Psychologist, 54(1)*, 21-29.
- Waltz, J., Babcock, J. C., Jacobson, N. S. y Gottman, J. (2000). Testing a typology of batterers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(4)*, 658-669.
- Weinbaum, Z., Stratton, T., Roberson, S., Takahashi, E. R. y Fatheree, M. S. (2006). Women experiencing intimate partner violence, California, 1998-2002. En Z. Weinbaum y T. Thorfinnson, (Eds.), *Women's health: Findings from the California Women's Health Survey, 1997-2003*. Sacramento: California Department of Health Services, Office of Women's Health.
- White, R. J. y Gondolf, E. W. (2000). Implications of personality profiles for batterer treatment. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 467-488.

- Woodward, L. J., Fergusson, D. M. y Horwood, L. J. (2002). Romantic relationships of Young people with childhood and adolescent onset antisocial behavior problems. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30, 231-243.
- Youngblut, J. M., Brooten, D. y Menzies, V. (2006). Psychometric properties of the Spanish versions of the FACES II and Dyadic Adjustment Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 14, 181-189.

ANEXO:
Protocolo de evaluación

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS, FAMILIARES Y SOCIALES

- **Nombre:**

- **Edad:** - **Fecha Nacimiento:**

- **DNI ó NIE:**

- **Trabajo:**

- **C. Social** (rodear con un círculo la que corresponda) **Baja** **Media** **Media-Alta** **Alta**

- **Nacionalidad:**

- **Estudios:**

- **¿En alguna ocasión has acudido al psiquiatra o psicólogo? Sí o no** (rodear con un círculo)

En caso afirmativo indicar:

-Número de veces que ha recibido tratamiento psicológico:.....

Indicar el/los diagnósticos.....

-Número de veces que ha recibido tratamiento psiquiátrico:

Indicar el/los diagnósticos.....

- **¿Has sido condenado/a en alguna otra ocasión por cualquier tipo de delito que no tenga que ver con el uso de la violencia? Sí o no** (rodear con un círculo)

En caso afirmativo indicar qué delito.....

- **¿Has sido condenado/a por algún delito (a parte del que te trae aquí) en el que hayas utilizado la violencia? Sí o no** (rodear con un círculo)

En caso afirmativo indicar qué delito.....

¿Has empleado violencia física (agarrones, empujones, golpes,...) con alguna otra pareja que hayas tenido previa a la pareja que te ha denunciado? Sí o no (rodear con un círculo)

¿Has empleado violencia psicológica (insultos, humillaciones,...) con alguna otra pareja que hayas tenido previa a la pareja que te ha denunciado? Sí o no (rodear con un círculo)

¿Y tus parejas hacia ti?

¿Te has sentido maltratado físicamente por la pareja que te denunció?

Sí o no (rodear con un círculo)

¿Te has sentido maltratado psicológicamente por la pareja que te denunció? Sí o no (rodear con un círculo)

¿Te has sentido maltratado físicamente por alguna otra pareja que hayas tenido? Sí o no (rodear con un círculo)

¿Te has sentido maltratado psicológicamente por alguna otra pareja que hayas tenido? Sí o no (rodear con un círculo)

**- ¿Continuas con la pareja que te denunció? ¿Tienes otra pareja diferente?
¿Estás sin pareja?**

- Profesión:

- ✓ Profesional liberal (médico, abogado, etc.)
- ✓ Directivo o gerente
- ✓ Empresario o propietario de negocio
- ✓ Militar, policía
- ✓ Trabajador industrial, de hostelería, comercio, construcción o similar
- ✓ Agricultor o campesino
- ✓ Administrativo (oficinas y bancos)
- ✓ Sus labores
- ✓ Parado
- ✓ Pensionista o jubilado
- ✓ Otra (si no se ve reflejado tu caso, especifica)

- Estado civil (1= casado; 2= casado en segundas nupcias; 3= viudo; 4= separado; 5= divorciado; 6= soltero; 7=convive en pareja)

- Hace cuánto tiempo tiene este estado civil? N° de años N° de meses

- ¿Está satisfecho con esa situación? (0= No; 1= Indiferente; 2= Si)

- Convivencia habitual (en los últimos tres años) (1= pareja e hijos; 2= pareja;
3= hijos; 4= padres; 5= familia; 6= amigos; 7= solo; 8= medio protegido; 9= no estable)

- ¿Cuánto tiempo ha vivido en esa situación? N° de años N° de meses
(en caso de que sea padre contar a partir de los 18 años)

- ¿Está satisfecho con esa convivencia? (0= No; 1= Indiferente; 2= Si)

- ¿Vive con alguien que...:

a)...actualmente tenga problemas relacionados con el alcohol?

b)...actualmente tenga problemas relacionados con el uso de drogas psicoactivas?

- ¿Con quién pasa la mayor parte de su tiempo libre? (1= familia, sin problemas actuales de alcohol o drogas; 2= familia con problemas actuales de alcohol o drogas; 3= amigos, sin problemas actuales de alcohol o drogas; 4; amigos, con problemas actuales de alcohol o drogas)

- Está satisfecho con la forma en que utiliza su tiempo libre? (0= No; 1= Indiferente; 2= Si)

- ¿Cuántos amigos íntimos tiene?

- ¿Diría usted que ha tenido relaciones próximas duraderas, personales con alguna de las siguientes personas en su vida?

- | | |
|---------------------------|----------------------|
| a) Madre | <input type="text"/> |
| b) Padre | <input type="text"/> |
| c) Hermanos / hermanas | <input type="text"/> |
| d) Pareja sexual / esposo | <input type="text"/> |
| e) Hijos | <input type="text"/> |
| f) Amigos | <input type="text"/> |

- Ha tenido períodos en que ha experimentado problemas serios con...: (0= No; 1= Sí; X= La respuesta no está del todo clara o no sé; N= No ha existido ningún familiar en esa categoría)

- | | Último mes | A lo largo de la vida |
|---------------------------|----------------------|-----------------------|
| a) Madre | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b) Padre | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| c) Hermanos / hermanas | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| d) Pareja sexual / esposo | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| e) Hijos | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| f) Otro familiar | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| g) Amigos íntimos | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| h) Vecinos | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| i) Compañeros de trabajo | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- ¿Alguna de estas personas ha abusado de usted... (tener en cuenta el listado de personas del ítem anterior) (0= No; 1= Sí)

- | | Último mes | A lo largo de la vida |
|----------------------------------|----------------------|-----------------------|
| a) ...emocionalmente? (insultos) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b) ...físicamente? (daño físico) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| c) ...sexualmente? (forzando) | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

- ¿Alguna vez cuando eras pequeño/a viste a tu padre maltratar físicamente (golpes, agarrones, etc.) a tu madre? Sí o no (rodear con un círculo)

¿Y al revés, tu madre hacia tu padre? Sí o no (rodear con un círculo)

- ¿Alguna vez cuando eras pequeño viste a tu padre maltratar psicológicamente (insultos, humillaciones, etc.) a tu madre? Sí o no (rodear con un círculo)

¿Y al revés, tu madre hacia tu padre? Sí o no (rodear con un círculo)

- ¿Te sueles ver inmerso en peleas? **Sí o no** (rodear con un círculo)
Indica, en el último mes, las veces que has peleado, con quien y si fueron a nivel físico, psicológico o ambos

Por ejemplo

1. Tuve ...2. pelea/s con ...mi hijo....de tipo...psicológico (le insulté y grité).....
2. Tuvepelea/s con de tipo.....
3. Tuvepelea/s con de tipo.....
4. Tuvepelea/s con de tipo.....
5. Tuvepelea/s con de tipo.....
6. Tuvepelea/s con de tipo.....
7. ...

- ¿Cuántos días en el último mes ha tenido problemas serios... (codificar número de días)

- a) ...con su familia?
- b) ...con otra gente?

- ¿Cuánto le han molestado en el último mes sus... (preguntar al paciente y codificar atendiendo al siguiente criterio: 0= en absoluto; 1= ligeramente; 2= moderadamente; 3; considerablemente; 4= extremadamente)

- a) ...problemas familiares? (valoración del paciente)
- b) ...problemas sociales? (valoración del paciente)

- ¿Qué importancia tiene para usted el asesoramiento para esos... (preguntar al paciente y codificar atendiendo al siguiente criterio: 0= en absoluto; 1= ligeramente; 2= moderadamente; 3; considerablemente; 4= extremadamente)

- a) ...problemas familiares? (valoración del paciente)
- b) ...problemas legales? (valoración del paciente)

- ¿Cómo puntuaría la necesidad del paciente de asesoramiento familiar y/o social?:
(valoración que realiza el entrevistador atendiendo al siguiente criterio: 0= no existe problema real, el tratamiento no está indicado; 1= problema leve, el tratamiento probablemente no es necesario; 2= problema moderado, está indicado algún tipo de tratamiento; 3= problema considerable, el tratamiento es necesario; 4= problema extremo, el tratamiento es absolutamente necesario)

- La información anterior está distorsionada por: (el entrevistador ha de valorar si el paciente ha podido simular o no comprende las preguntas de la entrevista)

- a) Imagen distorsionada del paciente: 0. No 1. Sí
- b) Incapacidad para comprender del paciente: 0. No 1. Sí

APARICIÓN Y EVOLUCIÓN DEL PROBLEMA

Indicar cuándo se iniciaron los problemas de relación, cómo eran las discusiones del principio, si fueron aumentando en intensidad con el paso de tiempo...

(Algunas preguntas para guiar pueden ser: ¿Cuándo empezaron las discusiones? ¿han ido aumentando con el paso de los meses/años? ¿por el contrario sólo ha habido un único incidente violento (el de la denuncia)? ¿era buena la relación al principio?...)

CAPACIDAD DEL PACIENTE PARA AUTOCONTROLARSE:

(¿Qué estrategias/habilidades usa el paciente para mantener el control? ¿lo consigue?)

SITUACIÓN VITAL Y ESTILO DE VIDA:

(Con quién convive, si tiene empleo, qué tipo de cosas hace en su tiempo libre, aficiones, relaciones familiares, relaciones de pareja,...)

APOYO SOCIAL

(¿cuenta con apoyo familiar? ¿tiene amigos? ¿puede contar con personas que le ayuden si tiene un problema?...)

A COMPLETAR POR EL TERAPEUTA AL FINALIZAR LA FASE DE EVALUACIÓN:

DIAGNÓSTICO:

- **Eje I:**
- **Eje II:**
- **Eje III:**
- **Eje IV:**
- **Eje V: EEAG =**

CONFLICT TACTICS SCALE (CTS2)

Traducida al español por José Luis Graña Gómez y Marina J. Muñoz Rivas

Instrucciones

Aunque una pareja se lleve bien, hay momentos en que no se está de acuerdo con el otro, se quieren cosas distintas, tienen diferentes expectativas de cada uno o, simplemente, hay discusiones o peleas porque se está de mal humor, cansado o por cualquier otro motivo.

Las parejas emplean distintas formas de solucionar sus diferencias. A continuación, se expone un listado de lo que puede suceder cuando no se está de acuerdo con la pareja.

Por favor, marque con un círculo la frecuencia con la que hizo cada una de estas cosas durante el último año de convivencia con su pareja por la que está aquí y la frecuencia con la que lo hizo su pareja, es decir, cuántas veces ocurrió en el último año en que convivió con ella.

Si usted o su pareja no hizo ninguna de estas cosas en el último año pero sí lo hizo anteriormente, marque el “7” con un círculo.

Recuerde: ¿Cuántas veces ocurrió cada situación en el último año?

1= una vez en el último año

2= dos veces en el último año

3= de 3 a 5 veces en el último año

4= de 6 a 10 veces en el último año

5= de 11 a 20 veces en el último año

6= más de 20 veces en el último año

7= no sucedió en el último año pero si anteriormente

0= nunca pasó

	1 una vez en el último año	2 dos veces en el último año	3 de 3 a 5 veces en el último año	4 de 6 a 10 veces en el último año	5 de 11 a 20 veces en el último año	6 más de 20 veces en el último año	7 no sucedió en el último año pero si anteriormente	0 Nunca pasó
1. Mostré a mi pareja que me importaba a pesar de nuestro desacuerdo.								
2. Mi pareja me mostró que le importaba a pesar de nuestro desacuerdo.								
3. Explicué a mi pareja mi punto de vista acerca de un desacuerdo.								
4. Mi pareja me explicó su punto de vista acerca de un desacuerdo.								
5. Insulté o maldije a mi pareja.								
6. Mi pareja me insultó o maldijo.								
7. Tiré un objeto que podía hacerle daño a mi pareja.								
8. Mi pareja me hizo lo mismo.								
9. Retorcí el brazo o tiré del pelo a mi pareja.								
10. Mi pareja me hizo lo mismo.								
11. He tenido algún esguince, cardenal o corte a consecuencia de una pelea con mi pareja								
12. Mi pareja ha sufrido un esguince, cardenal o corte a consecuencia de una pelea conmigo.								
13. Mostré respeto por los sentimientos de mi pareja acerca de un problema.								
14. Mi pareja mostró respeto por mis sentimientos acerca de un problema.								
15. Obligué a mi pareja a tener relaciones sexuales sin usar preservativo.								
16. Mi pareja me hizo lo mismo.								

	1 una vez en el último año	2 dos veces en el último año	3 de 3 a 5 veces en el último año	4 de 6 a 10 veces en el último año	5 de 11 a 20 veces en el último año	6 más de 20 veces en el último año	7 no sucedió en el último año pero si anteriormente	0 Nunca pasó
17. Empujé a mi pareja.								
18. Mi pareja me hizo lo mismo.								
19. Empleé la fuerza (pegar, sujetar o usar un arma) para obligar a mi pareja a tener sexo oral o anal.								
20. Mi pareja me hizo lo mismo.								
21. Empleé un cuchillo o un arma contra mi pareja.								
22. Mi pareja me hizo lo mismo.								
23. Perdí el conocimiento después de que mi pareja me golpeará en la cabeza durante una pelea.								
24. Mi pareja perdió el conocimiento después de que yo le golpeará en la cabeza durante una pelea.								
25. Llamé a mi pareja gordo/a o feo/a.								
26. Mi pareja me llamó gordo/a o feo/a.								
27. Pegué a mi pareja con algo que podía hacerle daño (puñetazo, objeto).								
28. Mi pareja me hizo lo mismo.								
29. Destruí algo que pertenecía a mi pareja.								
30. Mi pareja me hizo lo mismo.								
31. Tuve que acudir al médico por una pelea con mi pareja.								
32. Mi pareja tuvo que acudir al médico por una pelea conmigo.								

	1 una vez en el último año	2 dos veces en el último año	3 de 3 a 5 veces en el último año	4 de 6 a 10 veces en el último año	5 de 11 a 20 veces en el último año	6 más de 20 veces en el último año	7 no sucedió en el último año pero sí anteriormente	0 Nunca pasó
33. Intenté ahogar a mi pareja.								
34. Mi pareja me hizo lo mismo.								
35. Grité o chillé a mi pareja.								
36. Mi pareja me hizo lo mismo.								
37. Arroqué a mi pareja contra la pared.								
38. Mi pareja me hizo lo mismo.								
39. Le dije a mi pareja que estaba seguro/a de que podíamos encontrar una solución a un problema.								
40. Mi pareja me dijo lo mismo.								
41. Hubiera necesitado acudir a un médico por una pelea con mi pareja, pero no fui.								
42. Mi pareja hubiera necesitado acudir a un médico por una pelea conmigo, pero no fue.								
43. Le di una paliza a mi pareja.								
44. Mi pareja me hizo lo mismo.								
45. Agarré a mi pareja.								
46. Mi pareja me hizo lo mismo.								
47. Empleé la fuerza (pegar, sujetar, usar un arma) para obligar a mi pareja a tener relaciones sexuales conmigo.								
48. Mi pareja me hizo lo mismo.								

	1 una vez en el último año	2 dos veces en el último año	3 de 3 a 5 veces en el último año	4 de 6 a 10 veces en el último año	5 de 11 a 20 veces en el último año	6 más de 20 veces en el último año	7 no sucedió en el último año pero si anteriormente	0 Nunca pasó
49. Me marché dando un portazo del cuarto o de casa durante una discusión.								
50. Mi pareja me hizo lo mismo.								
51. Insistí en tener relaciones sexuales cuando mi pareja no quería (pero no empleé la fuerza física).								
52. Mi pareja me hizo lo mismo.								
53. Abofetee a mi pareja.								
54. Mi pareja me hizo lo mismo.								
55. Sufrí la fractura de un hueso a consecuencia de una pelea con mi pareja.								
56. Mi pareja sufrió la fractura de un hueso a consecuencia de una pelea conmigo.								
57. Amenacé a mi pareja para obligarla a tener sexo oral o anal conmigo.								
58. Mi pareja me hizo lo mismo.								
59. Sugerí un compromiso como solución a un desacuerdo.								
60. Mi pareja me hizo lo mismo.								
61. Quemé o abrasé a mi pareja a propósito.								
62. Mi pareja me hizo lo mismo.								
63. Insistí para que mi pareja tuviera sexo oral o anal conmigo (pero no emplee la fuerza física).								
64. Mi pareja me hizo lo mismo.								

	1 una vez en el último año	2 dos veces en el último año	3 de 3 a 5 veces en el último año	4 de 6 a 10 veces en el último año	5 de 11 a 20 veces en el último año	6 más de 20 veces en el último año	7 no sucedió en el último año pero sí anteriormente	0 Nunca pasó
65. Acusé a mi pareja de ser un/a pésimo/a amante.								
66. Mi pareja me acusó de lo mismo.								
67. Hice algo para hacer rabiar o fastidiar a mi pareja.								
68. Mi pareja me hizo lo mismo.								
69. Amenacé con pegar o tirarle algo a mi pareja.								
70. Mi pareja me hizo lo mismo.								
71. Sentí dolor físico que duró más de un día después de una pelea con mi pareja.								
72. A mi pareja le pasó lo mismo.								
73. Le di una patada a mi pareja.								
74. Mi pareja me hizo lo mismo.								
75. Amenacé a mi pareja para obligarla a tener relaciones sexuales.								
76. Mi pareja me hizo lo mismo.								
77. Ante un desacuerdo, acordé con mi pareja intentar una solución sugerida por ella.								
78. Ante un desacuerdo, mi pareja acordó intentar una solución que yo sugerí.								

Nombre _____ Fecha _____

Instrucciones: Lea cada una de las afirmaciones y marque a continuación la respuesta que se ajuste más a su situación personal.

AUDIT

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	0. Nunca 1. Una o menos veces al mes 2. De 2 a 4 veces al mes 3. De 2 a 3 veces a la semana 4. Cuatro o más veces a la semana
2. ¿Cuántas consumiciones de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?	0. Una o 2 1. Tres o 4 2. Cinco o 6 3. De 7 a 9 4. Diez o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión de consumo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	0. Nunca 1. Menos de una vez al mes 2. Mensualmente 3. Semanalmente 4. A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona han resultado heridos porque usted había bebido?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le ha sugerido que deje de beber?	0. No 2. Sí, pero no en el curso del último año 4. Sí, el último año

CAGE

1. ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?	Sí	No
2. ¿Le ha molestado alguna vez la gente criticándole su forma de beber?	Sí	No
3. ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?	Sí	No
4. ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?	Sí	No

CUESTIONARIO AQ

NOMBRE _____ FECHA _____

A continuación, encontrará una serie de frases sobre formas de pensar, sentir o actuar. Léalas atentamente y decida si está de acuerdo o no con cada una de ellas. Rodee con un círculo la alternativa que mejor crea que corresponde con su forma de pensar o sentir, siguiendo para ello esta escala:

1 completamente FALSO para mí	2 bastante FALSO para mí	3 ni VERDADERO ni FALSO para mí	4 bastante VERDADERO para mí	5 completamente VERDADERO para mí
--	---------------------------------------	--	--	---

1. De vez en cuando no puedo controlar el impulso de golpear a otra persona.....	1 2 3 4 5
2. Cuando no estoy de acuerdo con mis amigos, discuto abiertamente con ellos.....	1 2 3 4 5
3. Me enfado rápidamente, pero se me pasa enseguida.....	1 2 3 4 5
4. A veces soy bastante envidioso.....	1 2 3 4 5
5. Si se me provoca lo suficiente, puedo golpear a otra persona.....	1 2 3 4 5
6. A menudo no estoy de acuerdo con la gente.....	1 2 3 4 5
7. Cuando estoy frustrado, suelo mostrar mi irritación.....	1 2 3 4 5
8. En ocasiones siento que la vida me ha tratado injustamente.....	1 2 3 4 5
9. Si alguien me golpea, le respondo golpeándole también.....	1 2 3 4 5
10. Cuando la gente me molesta, discuto con ellos.....	1 2 3 4 5
11. Algunas veces me siento como un barril de pólvora a punto de estallar.....	1 2 3 4 5
12. Parece que siempre son otros los que consiguen las oportunidades.....	1 2 3 4 5
13. Me suelo implicar en las peleas algo más de lo normal.....	1 2 3 4 5
14. Cuando la gente no está de acuerdo conmigo, no puedo remediar discutir con ellos.	1 2 3 4 5
15. Soy una persona apacible.....	1 2 3 4 5
16. Me pregunto por qué algunas veces me siento tan resentido por algunas cosas.....	1 2 3 4 5
17. Si tengo que recurrir a la violencia para proteger mis derechos, lo hago.....	1 2 3 4 5
18. Mis amigos dicen que discuto mucho.....	1 2 3 4 5
19. Algunos de mis amigos piensan que soy una persona impulsiva.....	1 2 3 4 5
20. Sé que mis amigos me critican a mis espaldas.....	1 2 3 4 5
21. Hay gente que me incita a tal punto que llegamos a pegarnos.....	1 2 3 4 5
22. Algunas veces pierdo los estribos sin razón.....	1 2 3 4 5
23. Desconfío de desconocidos demasiado amigables.....	1 2 3 4 5
24. No encuentro ninguna buena razón para pegar a una persona.....	1 2 3 4 5
25. Tengo dificultades para controlar mi genio.....	1 2 3 4 5
26. Algunas veces siento que la gente se está riendo de mí a mis espaldas.....	1 2 3 4 5
27. He amenazado a gente que conozco.....	1 2 3 4 5
28. Cuando la gente se muestra especialmente amigable, me pregunto qué querrá.....	1 2 3 4 5
29. He llegado a estar tan furioso que rompía cosas.....	1 2 3 4 5

ESCALA DE AJUSTE DIÁDICO

Nombre:

Nombre de su pareja: Fecha:

La mayoría de las personas tienen discrepancias en su relación. Por favor, indique abajo el **grado aproximado de acuerdo o desacuerdo entre Vd. y su pareja (la que le denunció)** respecto a cada una de las cuestiones de la siguiente lista. Por favor ponga una cruz para indicar su respuesta.

	Siempre de acuerdo	Casi siempre de acuerdo	Desacuerdo ocasional	Frecuentemente desacuerdo	Casi siempre desacuerdo	Siempre desacuerdo
1. Administración de las finanzas familiares.						
2. Esparcimiento o diversiones.						
3. Cuestiones religiosas.						
4. Demostraciones de afecto.						
5. Amistades.						
6. Relaciones sexuales						
7. Formalismos sociales (comportamiento correcto y adecuado).						
8. Filosofía de la vida.						
9. Modo de tratar a los padres y familiares.						
10. Metas, objetivos y cosas consideradas importantes.						
11. Cantidad de tiempo a pasar juntos/as.						
12. Adopción o toma de decisiones importantes.						
13. Tareas domésticas.						
14. Intereses y actividades a realizar durante el ocio.						
15. Decisiones en relación con la carrera profesional.						

	Todo el tiempo	La mayor parte del tiempo	A menudo	Ocasional-Mente	Rara vez	Nunca
16. Con qué frecuencia hablan o han considerado la posibilidad de divorciarse, separarse o dejar de vivir juntos/as.						
17. Con qué frecuencia Vd. o su pareja abandona o se va de casa después de una pelea.						
18. En general, ¿con qué frecuencia piensa que las cosas entre Vd. y su pareja marchan bien?						
19. ¿Confía Vd. en su pareja?						
20. ¿Se arrepiente Vd. alguna vez de haberse casado o de estar viviendo juntos/as?						
21. ¿Con qué frecuencia discuten Vd. y su pareja?						
22. ¿Con qué frecuencia siente que "no se aguantan el uno/a al otro/a", o hace que el otro/a pierda los estribos?						

	Todos los días	Casi todos los días	De vez en cuando	Rara vez	Nunca
23. ¿Besa Vd. a su pareja?					

	En todas	La mayor parte de ellas	Algunas	Muy pocas	Ninguna
24. Participan juntos/as en actividades ajenas a las estrictamente propias de la relación de pareja o vida familiar.					

¿Con qué frecuencia diría Vd. que se produce alguna de las siguientes situaciones entre Vd. y su pareja?

	Nunca	Menos de 1 vez al mes	1 ó 2 veces al mes	1 ó 2 veces a la semana	1 vez al día	Más a menudo
25. Tener un intercambio de ideas estimulante.						
26. Reír juntos/as.						
27. Discutís algo con calma.						
28. Trabajáis juntos/as en un proyecto.						

Estas son algunas cosas sobre las que las parejas unas veces están de acuerdo y otras en desacuerdo.

Indique si alguna de las siguientes situaciones ha sido motivo de discrepancias de opinión o constituye un problema en su relación durante las pasadas semanas. Anote SI o NO.

	SI	NO	
29.			Estar demasiado cansado/a para tener relaciones sexuales.
30.			No demostrar cariño.

31. Los puntos de la siguiente línea representan diferentes grados de felicidad en su relación. El punto medio “satisfecho/a”, representa el grado de felicidad de la mayoría de las relaciones. Por favor, rodee el punto que mejor describa el grado de felicidad o satisfacción que experimenta en su relación, considerando todos los aspectos.

.
Extremadamen te insatisfecho	Bastante insatisfecho	Un poco insatisfecho	Satisfecho	Muy satisfecho	Extremadamen te satisfecho	Perfecto

32. ¿Cuál de las siguientes expresiones describe mejor sus expectativas respecto del futuro de su relación?

	Deseo de todo corazón que nuestra relación tenga éxito y haré lo imposible para conseguirlo.
	Deseo muchísimo que nuestra relación tenga éxito y haré lo que pueda para que esto ocurra.
	Deseo mucho que nuestra relación tenga éxito y pondré mucho de mi parte para que así sea.
	Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no puedo hacer mucho más de lo que estoy haciendo para contribuir a que esto ocurra.
	Sería bueno que nuestra relación tuviera éxito, pero no estoy dispuesto/a a hacer nada más de lo que estoy haciendo para mantener la relación.
	Nuestra relación nunca podrá ser un éxito. No hay nada más que yo pueda hacer para preservarla.

NOMBRE _____ FECHA _____

Instrucciones: Para cada una de las afirmaciones que aparecen a continuación, por favor, indica en qué medida se ajusta a tu situación personal, marcando en cada una de las afirmaciones el número más apropiado.

	Nunca es verdad	Rara vez es verdad	A veces es verdad	A menudo es verdad	Siempre es verdad
1. Me siento como un farsante o un impostor a quien los demás a veces ven como muy distinto/a.					
2. Me siento casi como si fuese otra persona, como un amigo/a, pariente, o incluso alguien a quien no conozco.					
3. Me resulta difícil fiarme de las personas porque a menudo se vuelven contra mí o me traicionan.					
4. La gente tiende a responderme o bien agobiándome con amor, o bien abandonándome.					
5. Me veo de formas totalmente diferentes en distintos momentos.					
6. Me porto de formas que a los demás les parecen impredecibles y erráticas.					
7. Encuentro que hago cosas que molestan o hieren a los demás y no sé por qué esas cosas les afectan.					
8. La causa de mis dificultades son los acontecimientos incontrolables.					
9. Oigo cosas que los demás dicen que no están ahí.					
10. Me siento vacío/a por dentro.					
11. Tiendo a sentir las cosas de forma extrema, experimentando o gran alegría o desesperanza intensa.					
12. Me es difícil estar seguro/a qué piensan los demás de mí, incluso gente que me ha conocido bien.					
13. Tengo miedo de perder el control cuando mantengo relaciones sexuales.					
14. Siento que ciertos episodios de mi vida no cuentan y es mejor borrarlos de mi mente.					
15. Me resulta difícil describirme.					
16. He tenido relaciones en las que no podía sentir si yo o la otra persona estaba pensando o sintiendo algo.					
17. No me siento como yo mismo/a, a no ser que cosas excitantes estén ocurriendo a mi alrededor.					
18. Siento que las personas no me dan el respeto que merezco a no ser que yo les presione.					

	Nunca es verdad	Rara vez es verdad	A veces es verdad	A menudo es verdad	Siempre es verdad
19. La gente me considera maleducado/a o desconsiderado/a y no sé por qué.					
20. No sé diferenciar si ciertas sensaciones físicas que siento son reales o si las estoy imaginando.					
21. Algunos/as de mis amigos/as se sorprenderían si supieran que me porto de formas muy diferentes en distintas situaciones.					
22. Me encuentro haciendo cosas que me parecen bien mientras las hago pero que luego me parece difícil creer que las he hecho.					
23. Creo que las cosas ocurrirán simplemente por pensar en ellas.					
24. Cuando quiero algo de otra persona, no se lo puedo pedir directamente.					
25. Me siento una persona diferente en casa comparado con como me porto en el trabajo o en el colegio.					
26. No estoy seguro/a de si una voz que he oído o algo que he visto es o no es mi imaginación.					
27. He oído o visto cosas cuando no hay ninguna razón aparente para ello.					
28. Siento que no consigo lo que quiero.					
29. Necesito admirar a la gente para sentirme seguro/a.					
30. De alguna forma, nunca sé exactamente cómo comportarme con los demás.					

Escala de Organización Límite de la Personalidad (BPO)

NOMBRE _____ FECHA _____

Instrucciones: Para cada una de las afirmaciones que aparecen a continuación, por favor, indica en qué medida se ajusta a tu situación personal, marcando en cada una de las afirmaciones el número más apropiado.

	Nunca es verdad	Rara vez es verdad	A veces es verdad	A menudo es verdad	Siempre es verdad
1. Me siento como un farsante o un impostor a quien los demás a veces ven como muy distinto/a.					
2. Me siento casi como si fuese otra persona, como un amigo/a, pariente, o incluso alguien a quien no conozco.					
3. Me resulta difícil fiarme de las personas porque a menudo se vuelven contra mí o me traicionan.					
4. La gente tiende a responderme o bien agobiándome con amor, o bien abandonándome.					
5. Me veo de formas totalmente diferentes en distintos momentos.					
6. Me porto de formas que a los demás les parecen impredecibles y erráticas.					
7. Encuentro que hago cosas que molestan o hieren a los demás y no sé por qué esas cosas les afectan.					
8. La causa de mis dificultades son los acontecimientos incontrolables.					
9. Oigo cosas que los demás dicen que no están ahí.					
10. Me siento vacío/a por dentro.					
11. Tiendo a sentir las cosas de forma extrema, experimentando o gran alegría o desesperanza intensa.					
12. Me es difícil estar seguro/a qué piensan los demás de mí, incluso gente que me ha conocido bien.					
13. Tengo miedo de perder el control cuando mantengo relaciones sexuales.					
14. Siento que ciertos episodios de mi vida no cuentan y es mejor borrarlos de mi mente.					
15. Me resulta difícil describirme.					
16. He tenido relaciones en las que no podía sentir si yo o la otra persona estaba pensando o sintiendo algo.					
17. No me siento como yo mismo/a, a no ser que cosas excitantes estén ocurriendo a mi alrededor.					
18. Siento que las personas no me dan el respeto que merezco a no ser que yo les presione.					

	Nunca es verdad	Rara vez es verdad	A veces es verdad	A menudo es verdad	Siempre es verdad
19. La gente me considera maleducado/a o desconsiderado/a y no sé por qué.					
20. No sé diferenciar si ciertas sensaciones físicas que siento son reales o si las estoy imaginando.					
21. Algunos/as de mis amigos/as se sorprenderían si supieran que me porto de formas muy diferentes en distintas situaciones.					
22. Me encuentro haciendo cosas que me parecen bien mientras las hago pero que luego me parece difícil creer que las he hecho.					
23. Creo que las cosas ocurrirán simplemente por pensar en ellas.					
24. Cuando quiero algo de otra persona, no se lo puedo pedir directamente.					
25. Me siento una persona diferente en casa comparado con como me porto en el trabajo o en el colegio.					
26. No estoy seguro/a de si una voz que he oído o algo que he visto es o no es mi imaginación.					
27. He oído o visto cosas cuando no hay ninguna razón aparente para ello.					
28. Siento que no consigo lo que quiero.					
29. Necesito admirar a la gente para sentirme seguro/a.					
30. De alguna forma, nunca sé exactamente cómo comportarme con los demás.					

Escala de Psicopatía de Levenson

NOMBRE _____ FECHA _____

INSTRUCCIONES

Estas preguntas son acerca del tipo de persona que es usted en general (es decir, como se ha sentido o comportado normalmente durante muchos años).

Marque con una "X" en la casilla correspondiente a cada una de las preguntas que se formulan.

NUNCA ; ALGUNAS VECES ; SIEMPRE O CASI SIEMPRE

	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
90.- ¿Se ha puesto furioso con frecuencia cuando ha creído que alguien a quien realmente quería iba a abandonarle?			
91.- ¿Las relaciones con las personas que verdaderamente quiere, ¿tienen muchos altibajos extremos?			
92.- ¿Cambia a veces de repente su sentido de quién es usted o hacia dónde va?			
93.- ¿Cambia a menudo dramáticamente su sentido de quién es?			
94.- ¿Es Ud. diferente con diferentes personas o en diferentes situaciones, de tal manera que a veces no sabe quién es usted en realidad?			
95.- ¿Se han producido muchos cambios bruscos en sus metas, planes profesionales, creencias religiosas, etc.?			
96.- ¿A hecho a menudo cosas impulsivamente?			
97.- ¿Ha tratado de hacerse daño o matarse, o ha amenazado con hacerlo?			
98.- ¿Alguna vez se ha cortado, quemado o herido a sí mismo a propósito?			
99.- ¿Experimenta usted muchos cambios repentinos de estado de ánimo?			
100.- ¿Se siente con frecuencia vacío por dentro?			
101.- ¿Tiene usted a menudo arranques de cólera o se enfurece tanto que pierde el control?			
102.- Cuando se enfada ¿golpea usted a las personas o arroja objetos?			
103.- ¿Se pone muy furioso incluso por cosas sin importancia?			
104.- Cuando se halla bajo una gran tensión, ¿se vuelve suspicaz con otras personas o se siente especialmente distante y ausente?			
105.- Antes de los 15 años ¿intimidaba o amenazaba a otros niños?			
106.- Antes de los 15 años ¿provocaba usted peleas?			
107.- Antes de los 15 años, ¿hirió o amenazó a alguien con un arma, como por ejemplo un palo, una piedra, una botella rota, una navaja o una pistola?			
108.- Antes de los 15 años, ¿torturó deliberadamente a alguien o le causó dolor y sufrimiento físico?			
109.- Antes de los 15 años, ¿torturó o hirió a animales a propósito?			
110.- Antes de los 15 años, ¿robó, atracó, o arrebató por la fuerza algo a alguien amenazándole?			

	NUNCA	ALGUNAS VECES	SIEMPRE O CASI SIEMPRE
111.- Antes de los 15 años, ¿forzó a alguien a tener relaciones sexuales con usted, a desvestirse delante de usted o a tocarle sexualmente?			
112.- Antes de los 15 años, ¿provocó algún incendio?			
113.- Antes de los 15 años, ¿destruyó deliberadamente cosas que no eran suyas?			
114.- Antes de los 15 años, ¿irrumpió en casas, otros edificios o coches de otras personas?			
115.- Antes de los 15 años, ¿mentía mucho o estafaba a otras personas?			
116.- Antes de los 15 años, ¿robaba cosas (sin enfrentarse con la víctima) o falsificaba la firma de otras personas?			
117.- Antes de los 15 años, ¿se escapó de casa y pasó la noche fuera?			
118.- Antes de los 13 años, ¿permanecía mucho tiempo fuera de casa y llegaba mucho más tarde de la hora permitida?			
119.- Antes de los 13 años, ¿faltaba a menudo a clase?			

SCID-II; trastorno antisocial y límite

ESCALA IMPULSIVIDAD DE PLUTCHIK

Nombre: _____ Fecha _____

Instrucciones. Por favor, lea cada afirmación cuidadosamente e indique con qué frecuencia le ocurren las siguientes situaciones. Señale en los recuadros de la derecha la respuesta que se ajuste a su caso.

	Nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
1. ¿Le resulta difícil esperar en una cola?				
2. ¿Hace cosas impulsivamente?				
3. ¿Gasta dinero impulsivamente?				
4. ¿Planea cosas con anticipación?				
5. ¿Pierde la paciencia a menudo?				
6. ¿Le resulta fácil concentrarse?				
7. ¿Le resulta difícil controlar los impulsos sexuales?				
8. ¿Dice usted lo primero que le viene a la cabeza?				
9. ¿Acostumbra a comer aun cuando no tenga hambre?				
10. ¿Es usted impulsivo/a?				
11. ¿Termina las cosas que empieza?				
12. ¿Le resulta difícil controlar las emociones?				
13. ¿Se distrae fácilmente?				
14. ¿Le resulta difícil quedarse quieto?				
15. ¿Es usted cuidadoso o cauteloso?				

NOMBRE _____ FECHA _____

Instrucciones: Las personas son diferentes en cuanto a la forma en que se comportan y piensan en distintas situaciones. Ésta es una prueba para medir algunas de las formas en que usted actúa y piensa. No se detenga demasiado tiempo en ninguna de las frases. Responda rápida y honestamente. (Entrevistador: lea cada frase al paciente y marque la contestación. Si la persona no entiende la pregunta, plantéela de la forma que está entre paréntesis).

	Raramente o nunca (0)	Ocasionalmente (1)	A menudo (3)	Siempre o casi siempre (4)
1. Planifico mis tareas con cuidado				
2. Hago las cosas sin pensarlas				
3. Casi nunca me tomo las cosas a pecho (no me perturbo con facilidad)				
4. Mis pensamientos pueden tener gran velocidad (tengo pensamientos que van muy rápido en mi mente)				
5. Planifico mis viajes con antelación				
6. Soy una persona con autocontrol				
7. Me concentro con facilidad (se me hace fácil concentrarme)				
8. Ahorro con regularidad				
9. Se me hace difícil estar quieto/a durante largos períodos de tiempo				
10. Pienso las cosas cuidadosamente				
11. Planifico para tener un trabajo fijo (me esfuerzo por asegurar que tendré dinero para pagar mis gastos)				
12. Digo las cosas sin pensarlas				
13. Me gusta pensar sobre problemas complicados (me gusta pensar sobre problemas complejos)				
14. Cambio de trabajo frecuentemente (no me quedo en el mismo trabajo durante largos períodos de tiempo)				
15. Actúo impulsivamente				
16. Me aburro con facilidad tratando de resolver problemas en mi mente (me aburre pensar en algo por demasiado tiempo)				
17. Visito al médico y al dentista con regularidad				
18. Hago las cosas en el momento en que se me ocurren				
19. Soy una persona que piensa sin distraerse (puedo enfocar mi mente en una sola cosa por mucho tiempo)				
20. Cambio de vivienda a menudo (me mudo con frecuencia o no me gusta vivir en el mismo sitio por mucho tiempo)				
21. Compró cosas impulsivamente				
22. Termino lo que empiezo				
23. Camino y me muevo con rapidez				
24. Resuelvo los problemas experimentando (resuelvo los problemas empleando una posible solución y viendo si funciona)				
25. Gasto en efectivo o a crédito más de lo que gano (gasto más de lo que gano)				
26. Hablo rápido				
27. Tengo pensamientos extraños cuando estoy pensando (a veces tengo pensamientos irrelevantes cuando pienso)				
28. Me interesa más el presente que el futuro				
29. Me siento inquieto/a en clases o charlas (me siento inquieto/a si tengo que oír a alguien hablar durante un largo período de tiempo)				
30. Planifico el futuro (me interesa más el futuro que el presente)				

Escala de Impulsividad de Barratt

NOMBRE _____ FECHA _____

PARTE I. Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada una y marque con una "X" en la casilla que mejor indique **CÓMO SE SIENTE AHORA MISMO.**

	No, en absoluto	Algo	Moderadamente	Mucho
1. Estoy furioso				
2. Me siento irritado				
3. Me siento enfadado				
4. Le pegaría a alguien				
5. Estoy quemado				
6. Me gustaría decir tacos				
7. Estoy cabreado				
8. Daría puñetazos a la pared				
9. Me dan ganas de maldecir a gritos				
10. Me dan ganas de gritarle a alguien				
11. Quiero romper algo				
12. Me dan ganas de gritar				
13. Le tiraría algo a alguien				
14. Tengo ganas de abofetear a alguien				
15. Me gustaría echarle la bronca a alguien				

PARTE II. Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada una y marque con una "X" en la casilla que mejor indique **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE.**

	No, en absoluto	Algo	Moderadamente	Mucho
16. Me caliento rápidamente				
17. Tengo un carácter irritable				
18. Soy una persona exaltada				
19. Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen				
20. Tiendo a perder los estribos				
21. Me pone furioso que me critiquen delante de los demás				
22. Me siento furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco				
23. Me cabreo con facilidad				
24. Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto				
25. Me enfado cuando se me trata injustamente				

PARTE III. Instrucciones: A continuación se presentan una serie de afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada una y marque con una "X" en la casilla que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO.**

	No, en absoluto	Algo	Moderadamente	Mucho
26. Controlo mi temperamento				
27. Expreso mi ira				
28. Me guardo para mí lo que siento				
29. Hago comentarios irónicos de los demás				
30. Mantengo la calma				
31. Hago cosas como dar portazos				
32. Ardo por dentro aunque no lo demuestro				
33. Controlo mi comportamiento				
34. Discuto con los demás				
35. Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie				
36. Puedo controlarme y no perder los estribos				
37. Estoy más enfadado de lo que quiero admitir				
38. Digo barbaridades				
39. Me irrito más de lo que la gente se cree				
40. Pierdo la paciencia				
41. Controlo mis sentimiento de enfado				
42. Rehuyo encararme con aquello que me enfada				
43. Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira				
44. Respiro profundamente y me relajo				
45. Hago cosas como contar hasta diez				
46. Trato de relajarme				
47. Hago algo sosegado para calmarme				
48. Intento distraerme para que se me pase el enfado				
49. Pienso en algo agradable para tranquilizarme				

STAXI-2