



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)

Enrique Echeburúa¹ (*Universidad del País Vasco, España*), Belén Sarasua (*Centro de Violencia de Género, España*), Irene Zubizarreta (*Centro de Violencia de Género, España*) y Paz de Corral (*Universidad del País Vasco, España*)

RESUMEN. El objetivo de este estudio fue evaluar un programa individual de tipo cognitivo-conductual, de 20 sesiones, en el tratamiento de hombres violentos contra la pareja, llevado a cabo durante 10 años en un marco comunitario. La muestra constó de 196 sujetos que participaron voluntariamente en el estudio. Se utilizó un diseño experimental de medidas repetidas (en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses). La tasa de éxitos fue del 88% en los pacientes que completaron el tratamiento. A pesar de la pérdida de pacientes en el seguimiento (un total de un 46% al cabo de un año), los resultados se mantuvieron en los pacientes evaluados en los cuatro periodos establecidos (un 53% al cabo de 12 meses), con una alta reducción de las recaídas. Sin embargo, hubo un nivel más bien alto de rechazos y de abandonos del tratamiento. Una conclusión es que hay que desarrollar estrategias motivacionales para atraer y mantener a los sujetos en el tratamiento. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica, para la toma de decisiones sociales y para las investigaciones futuras.

PALABRAS CLAVE. Violencia contra la pareja. Hombres maltratadores. Tratamiento psicológico. Estudio experimental.

1 Correspondencia: Facultad de Psicología. Avda. de Tolosa, 70. 20018 San Sebastián (España).
E-mail: enrique.echeburua@ehu.es

ABSTRACT. The aim of this paper was to evaluate an individual 20 sessions cognitive-behavioral programme in the treatment of male batterers after implementing it for ten years in a community setting. The sample consisted of 196 subjects who voluntarily participated in the study. An experimental design with repeated measures (pre-treatment, posttreatment and 1-, 3-, 6- and 12-month follow-up) was used. The success rate was of 88% in the treatment completers. In spite of the lost patients in the follow-ups (46% at the end of twelve months), the results were maintained in the contacted patients at follow-up (53% in the 12-month-follow-up), with a high impact on reducing recidivism. However, the rate of refusals and drop-outs of the treatment was rather high. Therefore it is necessary to develop strategies to improve motivation for treatment. Implications of this study for clinical practice, policy decisions and future research in this field are commented upon.

KEYWORDS. Intimate partner violence. Male batterers. Psychological treatment. Experimental study.

Tratar a un agresor contra la pareja no significa considerarle no responsable de sus actos. Muchos hombres violentos son responsables de sus conductas, pero presentan limitaciones psicológicas importantes en el control de los impulsos, en el abuso de alcohol, en su sistema de creencias, en las habilidades de comunicación y de solución de problemas, en el control de los celos, etc. Un tratamiento psicológico puede ser de utilidad para hacer frente a los déficits de estos hombres que, aún siendo responsables de sus actos, no cuentan, sin embargo, con las habilidades necesarias para controlar las actitudes violentas y resolver los problemas de pareja en la vida cotidiana (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral, 2008).

Los tratamientos de hombres violentos contra la pareja se justifican socialmente por la oportunidad que hay que dar a los agresores para cambiar su conducta (al margen de la necesidad de hacer frente a sus responsabilidades), por la protección a las víctimas actuales (muchas de ellas siguen conviviendo con el agresor), por la prevención de la violencia con posibles víctimas futuras y por la evitación de la extensión de la violencia a los hijos. Se trata además de interrumpir la cadena de transmisión intergeneracional y el aprendizaje observacional por parte de los hijos (Echeburúa, Corral, Fernández-Montalvo y Amor, 2004; Sarasua y Zubizarreta, 2000). La intervención clínica con los maltratadores se hace aún más necesaria cuando el riesgo de violencia grave contra la pareja es alto (Andrés Pueyo y Redondo, 2007). Para evaluar este riesgo se cuenta actualmente con instrumentos de evaluación, como el *Spousal Assault Risk Appraisal Guide (SARA)* (Kropp, Hart, Webster y Eaves, 2000; adaptación española de Andrés Pueyo, López y Álvarez, 2008) o la Escala de Predicción de Riesgo de Violencia Grave contra la Pareja (EPV) (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral y López-Goñi, 2009).

A nivel de tratamiento, la falta de reconocimiento del problema o la adopción de una actitud soberbia de autosuficiencia, con un aparente dominio de la situación, dificultan la búsqueda de ayuda terapéutica. Es preciso evaluar en el primer contacto con el agresor el nivel de motivación para el cambio, así como su grado de peligrosidad actual, porque la protección de la víctima resulta prioritaria en este contexto. En general,

la motivación inicial para el tratamiento en el maltratador suele ser débil e inestable, sobre todo en aquellos pacientes que acuden al tratamiento por vía judicial (White y Gondolf, 2000) (véase la Tabla 1). La decisión genuina de acudir a un programa terapéutico se adopta sólo cuando se dan varios requisitos previos: reconocer que existe un problema y que, además, causa sufrimiento a otras personas; darse cuenta de que el sujeto no lo puede resolver por sí solo; y, por último, valorar que el posible cambio va a mejorar el nivel de bienestar actual. El hombre violento va a estar realmente motivado cuando llega a percatarse de que los inconvenientes de seguir maltratando superan a las ventajas de hacerlo. El terapeuta debe ayudar al agresor a lograr esa atribución correcta de la situación actual y a descubrirle las soluciones a su alcance (Morrel, Elliott, Murphy y Taft, 2003).

TABLA 1. Etapas del cambio (adaptado de Prochaska y DiClemente, 1983).

<i>Etapas</i>	<i>Aspecto central</i>	<i>Descripción</i>	<i>Expresiones frecuentes</i>
Precontemplación	Negar el problema	Sin intención de cambiar el comportamiento violento	"Lo que ella dice es falso"; "ella me provoca todo el tiempo y no me deja en paz"; "la que tiene que cambiar y necesita tratamiento es ella"; "ella también me maltrata psicológicamente"; "yo no tengo problemas para controlarme"; "a mí no me pasa nada".
Contemplación	Mostrar ambivalencia (dudar entre cambiar o no)	Interés en cambiar, pero sin desarrollar un compromiso firme de cambio	"Cada vez me doy más cuenta de que, cuando me enfado, hago daño a mi pareja"; "ahora veo que la violencia es un problema"; "creo que sería bueno que me enseñaran a controlarme"; "el problema es que ella nunca cede, pero no podemos seguir así".
Preparación	Estar motivado para cambiar	Compromiso de cambiar y toma de decisiones sobre cómo facilitar el proceso de cambio	"Desde hace dos semanas no he tenido problemas con mi mujer"; "estoy decidido a venir a tratamiento y poner de mi parte para estar bien con ella"; "es la última oportunidad que me da".
Acción	Modificar sus conductas violentas por otras más adaptativas	Cambio en la conducta o en las condiciones ambientales que afectan al problema con el fin de superarlo	"Aunque no resulta fácil, todo parece ir bien"; "cuando mi pareja me pone nervioso, la evito yéndome a otra habitación"; "cuando me agobia, hago lo que tú me dijiste"; "ahora, por lo menos, podemos hablar".
Mantenimiento	Presentar un estilo de vida desvinculado de las conductas violentas	Eliminación con éxito de la conducta problemática y esfuerzos para prevenir la recaída y consolidar las ganancias obtenidas	"Ahora me controlo mucho, pero aún tengo miedo de perder el control"; "suelo evitar los conflictos y discusiones porque no quiero alterarme"; "estoy mejor que cuando inicié el tratamiento, pero no quiero confiarme"; "ahora entiendo mejor a mi mujer"; "ella también tiene derecho a decidir".

Una vez que el sujeto ha acudido a la consulta por vez primera (habitualmente por presión de su pareja o por mandato judicial), el objetivo es mantenerlo en el tratamiento, porque las consultas iniciales no garantizan la continuidad en la terapia. Se trata, en primer lugar, de establecer una relación terapéutica basada en la confianza, en la confidencialidad y en el deseo sincero de ayuda por parte del terapeuta, lo que implica advertir al sujeto, en un clima exento de juicios moralizantes, sobre su situación real y sobre los riesgos de su conducta. Asimismo hay que persuadir al sujeto de las ventajas

de un cambio de comportamiento: sentirse mejor, aprender a controlar sus emociones, establecer una relación de pareja adecuada con respeto hacia ella, mejorar su autoestima y valoración social, etc. Y, por último, hay que generar unas expectativas de cambio realistas en el sujeto. Eliminar la ira o los celos por completo no es un objetivo alcanzable, pero sí lo es, en cambio, mantenerlos bajo control y canalizarlos de una forma adecuada.

Los programas tienen una duración media de 15-30 sesiones y están compuestos por diversas técnicas encaminadas al desarrollo de la empatía, al control de los impulsos violentos y al aprendizaje de las estrategias de actuación adecuadas ante los conflictos. En concreto, se pone el énfasis en la educación sobre el proceso de la violencia, el afrontamiento adecuado de la ira y de las emociones negativas, el control de los celos y del consumo excesivo de alcohol, la reestructuración cognitiva de las ideas irracionales respecto a los roles sexuales y a la utilización de la violencia como forma adecuada de resolver los conflictos, el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas, la educación sexual, etc. (Echeburúa y Corral, 1998; Holtzworth-Munroe, Bates, Smutzler y Sandin, 1997). La intervención clínica puede llevarse a cabo en un entorno comunitario (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997), especialmente cuando la pareja sigue unida, o en un medio penitenciario, sobre todo cuando el agresor está próximo a la excarcelación (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2006).

Los hombres violentos contra la pareja deben cumplir con unos requisitos previos antes de comenzar propiamente con la intervención clínica: reconocer la existencia del maltrato y asumir la responsabilidad de la violencia ejercida, así como del daño producido a la mujer; mostrar una motivación mínima para el cambio; y, por último, aceptar los principios básicos del tratamiento, a nivel formal (asistencia a las sesiones, realización de las tareas prescritas, etc.) y de contenido (compromiso de interrupción total de la violencia) (Hamberger, Lohr y Gottlieb, 2000).

Los tratamientos psicológicos de hombres violentos contra la pareja ofrecen unos resultados aceptables. Si bien el nivel de rechazos y abandonos prematuros es todavía alto, los resultados obtenidos hasta la fecha son satisfactorios: se ha conseguido reducir las conductas de maltrato y evitar la reincidencia, así como lograr un mayor bienestar para el agresor y para la víctima (Austin y Dankwort, 1999b; Babcock, Green y Robie, 2004; Babcock y Steiner, 1999) (véase la Tabla 2).

El objetivo de este estudio experimental (Montero y León, 2007; Ramos-Álvarez, Moreno-Fernández, Valdés-Conroy y Catena, 2008) es hacer una evaluación amplia del programa de tratamiento descrito y analizado por primera vez en Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997). Diez años después, cuando el programa de tratamiento se ha ampliado (de 15 a 20 sesiones), el seguimiento se ha prolongado considerablemente (de 3 meses a 1 año), la muestra ha pasado de 16 sujetos a 196 y la Ley de Violencia de Género, vigente desde 2005, insta al tratamiento de los maltratadores, parece razonable evaluar los resultados obtenidos durante una década.

TABLA 2. Resultados obtenidos en los programas de intervención con maltratadores.

<i>Autor y año</i>	<i>Seguimiento</i>	<i>Resultados</i>
Deschner McNeil y Moore. (1986)	1 año	- Mejoría significativa
Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997)	3 meses	- 48% de rechazos terapéuticos al inicio del programa - 69% de éxito terapéutico con los casos tratados
Echeburúa <i>et al.</i> (2006)	Postratamiento	- Mejoría significativa
Echeburúa y Fernández-Montalvo (2009)	Postratamiento	- Mejoría significativa
Edleson y Syers (1990)	6 meses	- Mejoría significativa - 68% de abandonos
Faulkner, Stoltemberg, Cogen, Nolder y Shoter (1992)	Postratamiento	- Mejoría significativa
Hamberger y Hastings (1988b)	Postratamiento	- Mejoría significativa - 51% de abandonos
Harris (1986)	Postratamiento	- Mejoría en un 73% de los casos
Palmer, Brown y Barrera. (1992)	1 año	- Mejoría significativa en relación con los maltratadores no tratados
Rynerson y Fishel (1993)	Postratamiento	- Mejoría significativa
Taylor, Davies y Maxwell. (2001)	1 año	- Mejoría significativa

Método

Diseño

Se ha utilizado un diseño de grupo único de medidas repetidas. La evaluación de todos los sujetos se ha efectuado en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses. En esta investigación no se ha recurrido a un grupo de control sin tratamiento o de lista de espera en primer lugar, porque el curso de los malos tratos suele ser crónico y de larga duración. En segundo lugar, porque resulta extremadamente difícil mantener la motivación de este tipo de pacientes para someterse a evaluaciones repetidas sin recibir una intervención terapéutica. Y en tercer lugar, porque el Centro en el que se ha llevado a cabo esta investigación, dependiente de los Servicios Sociales de la Diputación, hace inviable el mantenimiento de los sujetos en un grupo de control sin tratamiento o de lista de espera.

Participantes

La muestra total de este estudio consta de 196 sujetos que han acudido en busca de ayuda terapéutica al programa de tratamiento psicológico para hombres que ejercen violencia contra sus parejas, ubicado en el Centro de Asistencia Psicológica para la Violencia familiar y Sexual de la Diputación Foral de Álava (País Vasco, España), desde enero de 1997 hasta enero de 2007. La atención psicológica es gratuita para los pacientes. Los criterios de selección han sido los siguientes: a) ser varón mayor de 18 años y ejercer o haber ejercido malos tratos físicos y/o psicológicos reiterados contra su pareja o ex pareja, conviva o no con la víctima; b) no sufrir actualmente un trastorno mental grave; y c) acceder voluntariamente a la participación en el estudio tras haber sido ampliamente informado, con la firma consiguiente de una hoja de consentimiento.

La muestra preseleccionada abarcó 451 maltratadores, que son todos los que se pusieron en contacto inicial con el programa. Sin embargo, 255 (el 56,5% del total) no fueron incluidos en el estudio, aun cumpliendo los criterios de selección, porque rechazaron el tratamiento, bien desde el principio (se limitaron a recabar información sobre el programa) (177 sujetos), o bien en las sesiones iniciales motivacionales con el terapeuta (78 sujetos), cuando aún no había empezado el tratamiento propiamente dicho. La muestra seleccionada finalmente fue, por tanto, de 196 sujetos. Las fuentes de derivación de los participantes en el programa fueron las parejas de los agresores ($n = 107$; 54,6%), los Servicios Sociales ($n = 39$; 19,9%), la iniciativa propia ($n = 25$; 12,3%), los Centros de Salud Mental ($n = 13$; 6,6%) y las medidas de ejecución penal ($n = 12$; 6,6%). Por otra parte, el 91,3% ($n = 179$) de los maltratadores que iniciaron el programa de tratamiento lo hicieron dentro de un abordaje psicológico integral a la violencia contra la pareja, en donde la víctima seguía un tratamiento paralelo e independiente, al margen de que conviviese o no con el agresor.

Respecto a las características sociodemográficas de los participantes, los sujetos tenían una edad media de 39,73 años ($DT = 10,12$; rango: 18-68), estaban casados o emparejados en su mayoría, contaban con estudios primarios o secundarios, se encontraban laboralmente activos y disponían de un nivel económico medio o medio-bajo (véase la Tabla 3).

TABLA 3. Características sociodemográficas de los hombres violentos contra la pareja ($N = 196$).

<i>Variables</i>	<i>n (%)</i>
Estado civil	
Solteros	24 (12,2)
Casados/pareja de hecho	129 (65,8)
Trámites de separación (no convivencia)	20 (10,2)
Separados/divorciados	22 (11,2)
Viudos	1 (0,5)
Nivel de formación	
Sin estudios	2 (1)
Educación primaria	94 (48)
Educación secundaria	72 (36,7)
Educación superior	28 (14,3)
Nivel socio-económico	
Bajo	33 (16,8)
Medio-bajo	54 (27,6)
Medio	81 (41,3)
Medio-alto	21 (10,7)
Alto	7 (3,6)
Situación laboral	
Activos	155 (79,1)
En paro	20 (10,2)
Jubilados	10 (5,1)
Otros	11 (5,7)

En cuanto a las características de las conductas violentas, el 70,4% de los participantes ejercían un maltrato físico y psicológico contra la pareja, que era crónico en un 86% de los casos. La violencia contra la pareja se hacía extensiva a los hijos en una tercera parte de los casos (el 34%).

Instrumentos

Distorsiones cognitivas y empatía

- Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer (PDM) (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998). Consta de 13 ítems binarios que permiten detectar los pensamientos machistas acerca de la mujer. La puntuación tiene un rango de 0 a 13. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el número de distorsiones. La fiabilidad test-retest es de 0,92 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,87.
- Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Violencia (PDV) (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998). Consta de 14 ítems binarios que permiten detectar los pensamientos irracionales acerca de la utilización de los comportamientos violentos como una forma aceptable de resolver los problemas. La puntuación tiene un rango de 0 a 14. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el número de distorsiones. La fiabilidad test-retest es de 0,89 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,94.
- La empatía se evaluó mediante la puntuación obtenida en el ítem 5 del Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997), que indica la percepción que tiene el maltratador sobre la gravedad de las consecuencias psicológicas que su comportamiento ha provocado en la víctima. La puntuación oscila entre 0 (*Nulas*) y 4 (*Muy graves*).

Síntomas psicopatológicos, variables y trastornos de personalidad

- Listado de Síntomas (SCL-90-R) (Derogatis, 1975; versión española de González Rivera, 2002). Es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (*Nada*) y 4 (*Mucho*). Este cuestionario está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (*Somatización, Obsesión-compulsión, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación paranoide y Psicoticismo*). Además ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global. En este estudio se ha utilizado el GSI (Índice Global de Gravedad, que tiene un punto de corte de 63) en la evaluación inicial. La fiabilidad test-retest es de 0,70 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,90. En cuanto a la validez predictiva, la sensibilidad es del 83% y la especificidad del 80%.
- Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo (STAXI-2) (Spielberger, 1988; versión española de Miguel Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberge 2001). Consta de 15 ítems relacionados con la *Ira-estado* (intensidad de la emoción de la ira en un momento determinado) y de otros 10 referidos a la *Ira-rasgo* (disposición para sentir ira habitualmente). El rango es de 15 a 60 en la escala de

ira-estado y de 0-40 en la de ira-rasgo. La fiabilidad test-retest es de 0,71 para la escala de ira-rasgo y de 0,20 para la de ira-estado. La consistencia interna es de 0,82 y de 0,89, respectivamente.

- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; versión española de TEA, 1982). Es un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados con la *Ansiedad-rasgo* y de otros 20 relacionados con la *Ansiedad-estado*. El rango de puntuaciones oscila de 0 a 60 en cada escala. La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la escala de ansiedad-rasgo y de 0,40 en la de ansiedad-estado. La consistencia interna varía de 0,83 a 0,92. Por otra parte, la validez convergente con otras medidas de ansiedad oscila entre 0,58 y 0,79.
- Inventario de Depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979; versión española de Vázquez y Sanz, 1997). Es un autoinforme de 21 ítems (rango: 0-63 puntos) que mide la intensidad de los síntomas depresivos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre población sana y población aquejada de sintomatología depresiva es de 18 (Beck, Steer y Brown, 1996). El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66.
- Escala de Autoestima (EA) (Rosenberg, 1965; versión española de Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Tiene por objetivo evaluar el grado de satisfacción de una persona consigo misma. Este autoinforme consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert (rango: 10-40 puntos). El punto de corte en la población adulta es de 29, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima. La fiabilidad test-retest es de 0,85 y el coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,92. La validez convergente y la validez discriminante son asimismo satisfactorias.
- Escala de Inadaptación (IG) (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Es un autoinforme que consta de 6 ítems (rango: 0-30) y mide el grado en que la situación de maltrato afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana (trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja o a la posibilidad de tenerla, y relación familiar), así como también a nivel global. El punto de corte establecido es de 12 en la escala total y de 2 en cada uno de los ítems, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la inadaptación. En esta investigación se ha utilizado el ítem que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana (rango: 0-5 puntos). El coeficiente alfa de consistencia interna es de 0,83. La eficacia diagnóstica de la escala es del 90 % (sensibilidad, 86%; especificidad, 100%).
- Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-II) (Millon, 1997; versión española de TEA, 1982). Es un autoinforme de 175 ítems con un formato binario que evalúa diferentes aspectos de la personalidad a través de 26 escalas. De ellas, 10 corresponden a patrones clínicos de personalidad (*Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo-sádica, Compulsiva, Pasivo-agresiva y Autodestructiva*), 3 a una patología grave de la personalidad (*Esquizotípica, Límite y Paranoide*), 6 a síndromes clínicos (*Ansiedad, Trastorno histeriforme, Hipomanía, Distimia, Abuso de alcohol y Abuso de drogas*) y tres síndromes clínicos graves (*Pensamiento psicótico, Depresión mayor y Tras-*

torno delirante). Asimismo, dispone de 4 escalas de fiabilidad y validez (*Validez, Sinceridad, Deseabilidad y Distorsión*). En este estudio se han analizado específicamente los patrones clínicos de personalidad en la evaluación inicial. Los coeficientes alfa de consistencia interna de la versión española para las diferentes escalas oscilan, en general, entre 0,70 y 0,90.

Modalidad terapéutica

La modalidad terapéutica aplicada en esta investigación ha sido un tratamiento cognitivo-conductual en formato individual que consta de 20 sesiones de una hora de duración y que tiene una periodicidad semanal. Se trata de un programa de amplio espectro que consta de tres fases. La primera se centra en los aspectos motivacionales; la segunda, en los déficits más frecuentemente detectados en los hombres que maltratan a sus parejas; y la tercera, en la prevención de recaídas. La parte dedicada a alcanzar una motivación genuina a través de una asunción real de la responsabilidad comprende las cuatro primeras sesiones. La segunda fase, que está orientada específicamente al tratamiento de las alteraciones psicopatológicas, comprende tres módulos de cinco, cinco y cuatro sesiones cada uno. Por último, el tratamiento finaliza con dos sesiones orientadas a la prevención de recaídas. Los componentes del programa, con la distribución de sesiones, y su articulación en el conjunto del tratamiento figuran en la Tabla 4 y se encuentran más ampliamente descritos en Echeburúa y Fernández- Montalvo (1998).

TABLA 4. Programa de tratamiento y diario de sesiones.

<i>Programa de tratamiento</i>	<i>Técnicas terapéuticas</i>
a) Motivación (1ª - 4ª sesión)	
Aspectos motivacionales y empatía	- Exposición a imágenes audiovisuales - Discusión racional y reestructuración cognitiva
b) Síntomas psicopatológicos (5ª - 18ª sesión)	
Primer nivel de intervención (5ª - 9ª sesión)	
Ira descontrolada	- Explicación del proceso del ciclo de la violencia y de la escalada de la ira - Suspensión temporal - Distracción cognitiva - Entrenamiento en autoinstrucciones
Ideas distorsionadas sobre los roles sexuales y sobre la violencia como forma de solución de problemas	- Educación sobre la igualdad de los sexos - Reestructuración cognitiva
Ansiedad/estrés	- Relajación
Segundo nivel de intervención (10ª - 14ª sesión)	
Déficits en la autoestima	- Reevaluación cognitiva
Celos patológicos	- Reestructuración cognitiva - Saciación
Consumo abusivo de alcohol	- Programa de bebida controlada
Tercer nivel de intervención (15ª - 18ª sesión)	
Déficits de asertividad y comunicación	- Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación
Déficits en la resolución de problemas	- Entrenamiento en solución de problemas
Déficits en las relaciones sexuales	- Educación sobre la sexualidad en la pareja
c) Prevención de recaídas (19ª - 20ª sesión)	
Situaciones de riesgo	- Entrenamiento en la aplicación de pautas de actuación urgentes

Aunque la intervención terapéutica tiene una estructura flexible, en función de los problemas psicológicos detectados y la intensidad de los mismos, cabe destacar que, excepto el segundo nivel de intervención de la segunda fase, se aplica siempre en toda su extensión.

Procedimiento

Los participantes que iniciaron el tratamiento completaron los instrumentos de evaluación durante las dos sesiones anteriores al comienzo de la terapia, en donde se les explicó también el contenido del programa de intervención y en donde firmaron la hoja de consentimiento informado. Las siguientes evaluaciones se realizaron en el postratamiento y en los seguimientos de 1, 3, 6 y 12 meses. La evaluación y el tratamiento fueron aplicados por un psicólogo clínico con formación en violencia de género y con cinco años de experiencia clínica en terapia cognitivo-conductual.

Resultados

En este apartado se incluyen las características de la muestra (variables psicopatológicas y de personalidad, distorsiones cognitivas y empatía), así como los resultados del tratamiento.

Síntomas psicopatológicos, dimensiones y trastornos de personalidad

Por lo que se refiere a su historial clínico, familiar y social, casi la mitad de los sujetos tenía antecedentes de problemas psicológicos, la mayoría de ellos relacionados con el consumo abusivo de alcohol. La mayor parte de los agresores (el 64% de la muestra) no habían estado expuestos a situaciones de maltrato en su familia de origen ni manifestaban habitualmente comportamientos violentos fuera del entorno familiar (véase la Tabla 5).

TABLA 5. Historial clínico, familiar y social de los hombres violentos contra la pareja ($N = 196$).

<i>Trastornos psiquiátricos</i>		<i>n (%)</i>
Sí		96 (49)
No		100 (51)
Tipos	Celos	29 (19,79)
	Abuso de alcohol	58 (60,42)
	Ansiedad	7 (7,29)
	Depresión	17 (17,71)
	Toxicomanías	18 (18,75)
Maltrato en la familia de origen		
Sí		71 (32,2)
No		125 (63,8)
Violento fuera del hogar		
Sí		39 (19,9)
No		157 (80,1)

Nota. El número total de maltratadores con antecedentes psiquiátricos es inferior a la suma total de trastornos debido a que hay maltratadores que presentan más de un problema psicológico en su historia previa.

Los resultados de las variables psicopatológicas y de personalidad figuran descritos en las Tablas 6 y 7. La sintomatología psicopatológica global era más bien alta (percentil 90 en el SCL-90-R), pero, en general, era variada y no específica. Sólo destacan en los participantes una ansiedad situacional alta (percentil 70 en el STAI-E) y una inadaptación global a la vida cotidiana. En cuanto a las dimensiones de personalidad, la predisposición a mostrarse irascibles era relativamente alta (percentil 65 en el STAXI-rasgo).

La mitad de los participantes presentaron trastornos de personalidad. Aun resultando relativamente heterogéneos, los más frecuentes eran el compulsivo, el agresivo-sádico y el narcisista.

TABLA 6. Variables psicopatológicas en la evaluación inicial ($N = 196$).

<i>Variables</i>	<i>M (DT)</i>
PDM (0-13)	3,22 (1,71)
PSV (0-13)	4,21 (1,86)
Empatía (0-4)	2,53 (0,87)
SCL-90-R (GSI)	70,30 (25,99)
STAXI-estado (15-60)	17,73 (7,22)
STAI-estado (0-60)	26,65 (12,26)
BDI (0-63)	13,57 (8,97)
Autoestima (10-40)	29,36 (4,28)
Inadaptación (0-5)	2,76 (1,13)

TABLA 7. Variables y trastornos de personalidad ($N = 196$).

<i>Variables de personalidad</i>	<i>M (DT)</i>
STAXI-rasgo (10-40)	21,33 (6,19)
STAI-rasgo (15-60)	17,73 (7,22)
<i>Trastornos de personalidad</i>	<i>n (%)</i>
MCMI-II	
Sin trastorno	98 (50)
Con trastorno	98 (50)
Dependencia	22 (22,45)
Histriónico	27 (27,55)
Narcisista	31 (31,63)
Antisocial	8 (8,16)
Agresivo-Sádico	31 (31,63)
Compulsivo	44 (44,89)
Pasivo-agresivo	4 (4,08)
Limite	4 (4,08)
Paranoide	4 (4,08)

Nota. El número total de maltratadores es inferior a la suma total de trastornos debido a que hay algunos que presentan más de un trastorno de personalidad.

Distorsiones cognitivas y empatía

Los participantes mostraron una puntuación media de tres distorsiones cognitivas relacionadas con ideas machistas acerca de la mujer y de cuatro distorsiones acerca de la legitimación de la violencia como una estrategia eficaz para hacer frente a los problemas (véase la Tabla 4). Por otra parte, los participantes percibían sólo de forma parcial el grado de gravedad de sus conductas respecto al bienestar emocional de las víctimas.

Resultados del tratamiento

De todos los participantes en el programa terapéutico ($N = 196$), hubo 108 (el 55%) que lo completaron y 88 (el 45%) que lo abandonaron prematuramente, especialmente en la primera mitad de la intervención psicológica. En este estudio se ha considerado como éxito terapéutico la desaparición de los episodios de maltrato y como fracaso el mantenimiento de las conductas violentas una vez completado el tratamiento. La atribución de éxito a un caso no se ha basado sólo en el autoinforme del sujeto, sino que ha requerido, siempre que ha sido posible (lo cual ha ocurrido en el 97% de los casos), la confirmación del testimonio de la víctima.

Los resultados obtenidos con los sujetos que han completado el programa están descritos en la Tabla 8. Hay una elevada tasa de éxitos en el postratamiento (95 sujetos, es decir, el 88% del total). Las pérdidas de sujetos habidas en los controles de seguimiento de 1, 3, 6 y 12 meses (en total 44 casos perdidos, es decir, el 46,3%) impidieron saber con exactitud las tasas exactas de éxito al cabo de un año del tratamiento. En cualquier caso, al menos 50 (el 52,6%) de los 89 sujetos considerados como éxitos terapéuticos en el postratamiento fueron evaluados sistemáticamente en todos los controles y mantuvieron sus resultados al final del período de seguimiento.

TABLA 8. Tasa de éxitos en la evaluación postratamiento y en los seguimientos ($n = 108$).

<i>Evaluación</i>	<i>Éxitos n (%)</i>	<i>Fracasos n (%)</i>	
Postratamiento ($n = 108$)	95 (87,96)	13 (13,68)	
Seguimiento ($n = 95$)		Recaídas	Pérdidas en el seguimiento
1 mes	89 (93,68)	0	6 (6,31)
3 meses	82 (86,31)	0	13 (13,68)
6 meses	72 (75,79)	2 (2,10)	21 (22,10)
12 meses	50 (52,63)	1 (1,05)	44 (46,31)

A un nivel dimensional, en las Tablas 9 y 10 se muestran las medias y las desviaciones típicas de todas las medidas utilizadas en las diversas evaluaciones, así como los valores de F y t en el ANOVA de medidas repetidas. En todas las variables estudiadas se pone de manifiesto una clara mejoría entre las evaluaciones pre y postratamiento, que se mantiene estable hasta el seguimiento de los 12 meses.

TABLA 9. Medias y desviaciones típicas de las variables psicopatológicas en las diferentes evaluaciones ($n = 108$).

<i>Variables</i>	<i>M (DT)</i>
PDM (0-13)	
Pretratamiento	2,98 (1,89)
Postratamiento	1,17 (1,44)
1 mes	0,25 (0,51)
3 meses	0,21 (0,46)
6 meses	0,17 (0,44)
12 meses	0,10 (0,36)
PSV (0-13)	
Pretratamiento	4,01 (1,73)
Postratamiento	1,64 (1,36)
1 mes	0,55 (0,71)
3 meses	0,47 (0,61)
6 meses	0,36 (0,59)
12 meses	0,26 (0,49)
Empatía (0-4)	
Pretratamiento	2,51 (0,93)
Postratamiento	3,27 (0,78)
1 mes	3,59 (0,56)
3 meses	3,57 (0,57)
6 meses	3,62 (0,51)
12 meses	3,66 (0,48)
STAI-estado (0-60)	
Pretratamiento	27,37 (12,15)
Postratamiento	17,25 (8,92)
1 mes	12,02 (7,51)
3 meses	10,29 (5,38)
6 meses	9,12 (2,75)
12 meses	8,06 (2,67)
STAXI-estado (15-60)	
Pretratamiento	18,23 (7,29)
Postratamiento	13,53 (5,20)
1 mes	10,37 (4,64)
3 meses	9,61 (3,86)
6 meses	9,12 (2,75)
12 meses	8,92 (1,92)
BDI (0-63)	
Pretratamiento	14,02 (8,98)
Postratamiento	8,92 (6,44)
1 mes	6,36 (5,26)
3 meses	5,82 (3,68)
6 meses	5,79 (3,29)
12 meses	5,14 (2,33)

TABLA 9. Medias y desviaciones típicas de las variables psicopatológicas en las diferentes evaluaciones ($N = 108$) (cont.).

<i>Variables</i>	<i>M (DT)</i>
Autoestima (10-40)	
Pretratamiento	29,17 (3,84)
Postratamiento	30,98 (3,48)
1 mes	31,97 (2,99)
3 meses	32,54 (2,80)
6 meses	32,93 (2,82)
12 meses	34,02 (2,19)

TABLA 10. Valores de F y t en el análisis de varianza de medidas repetidas ($N = 108$)¹.

<i>Evaluaciones</i>	<i>F / t</i>
PDM (0-13)	$F = 85,80$ ***
Pre-post	$t = 15,04$ *** (+++)
Pre-12 meses	$t = 10,22$ *** (+++)
Post-12 meses	$t = 5,29$ *** (+++)
PSV (0-13)	$F = 196,77$ ***
Pre-post	$t = 18,72$ *** (+++)
Pre-12 meses	$t = 10,95$ *** (+++)
Post-12 meses	$t = 9,33$ *** (+++)
Empatía (0-4)	$F = 45,75$ ***
Pre-post	$t = 10,07$ *** (+++)
Pre-12 meses	$t = 7,82$ *** (+++)
Post-12 meses	$t = 2,64$ * (n.s.)
STAI-estado (0-60)	$F = 66,72$ ***
Pre-post	$t = 10,58$ *** (+++)
Pre-12 meses	$t = 10,77$ *** (+++)
Post-12 meses	$t = 7,49$ *** (+++)
STAXI-estado (15-60)	$F = 55,66$ ***
Pre-post	$t = 9,44$ *** (+++)
Pre-12 meses	$t = 9,08$ *** (+++)
Post-12 meses	$t = 6,47$ *** (+++)
BDI (0-63)	$F = 34,26$ ***
Pre-post	$t = 8,80$ *** (+++)
Pre-12 meses	$t = 6,44$ *** (+++)
Post-12 meses	$t = 3,56$ ** (+)
Autoestima (10-40)	$F = 61,82$ ***
Pre-post	$t = 7,02$ *** (+++)
Pre-12 meses	$t = 7,38$ *** (+++)
Post-12 meses	$t = 5,02$ *** (+++)
Inadaptación (0-5)	$F = 196,77$ ***
Pre-post	$t = 9,92$ *** (+++)
Pre-12 meses	$t = 10,72$ *** (+++)
Post-12 meses	$t = 5,93$ *** (+++)

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$. Corrección para seis comparaciones: + $p < 0,0083$; ++ $p < 0,0016$; +++ $p < 0,00016$

¹ A efectos de simplificación de la tabla, se exponen sólo tres de los seis momentos evaluados (pre, post y 12 meses).

Discusión

Los sujetos estudiados en esta investigación han sido maltratadores graves, que en la mayor parte de los casos ejercían una violencia física y psicológica contra la pareja y lo hacían como una pauta habitual de conducta de forma crónica. Se trataba, en su mayor parte, de hombres relativamente jóvenes (en torno a 40 años) y emparejados. A su vez, las víctimas convivían en muchos casos con el agresor y buscaban ayuda terapéutica por el malestar emocional asociado al deterioro de la relación (Austin y Dankwort, 1999b; Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007).

Por lo que se refiere a las características psicopatológicas de la muestra, se trataba de personas que en muchos casos abusaban del alcohol, que eran inestables emocionalmente (sobre todo, en lo referido al control de la ira y de la ansiedad) y que mostraban una adaptación insatisfactoria a la vida cotidiana, tal como aparece también en otros estudios (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2005). Entre ellos eran frecuentes los trastornos de personalidad, sobre todo el compulsivo, el agresivo y el narcisista, lo que confirma parcialmente los resultados obtenidos por nuestro grupo con maltratadores encarcelados por delitos graves contra la pareja (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2007; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008a) y lo que ha sido puesto de relieve también en otros estudios (Holtzworth-Munroe *et al.*, 1997; White y Gondolf, 2000). La presencia de distorsiones cognitivas en relación con la mujer y con el uso de la violencia, así como la ausencia de empatía, se daban también con frecuencia. Sin embargo, el papel de la exposición a la violencia en la familia de origen no había sido determinante en el problema actual, al menos en dos tercios de los casos, en consonancia con estudios anteriores (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997, 2008b). No obstante, los síntomas mostrados pueden ser menos intensos de los reales en función de la deseabilidad social. Es decir, este tipo de personas puede mostrar una “doble fachada” ante el terapeuta, que deriva de no asumir total o parcialmente la responsabilidad de las conductas violentas.

El programa de tratamiento expuesto se ha llevado a cabo en un medio comunitario, en donde los sujetos han acudido al programa, fundamentalmente, a partir de las propias víctimas, de los Servicios Sociales o de los Centros de Salud Mental o por iniciativa propia. Sin embargo, los casos tratados por vía judicial han sido muy escasos. Hay que tener en cuenta que este estudio recoge todos los casos tratados en la última década (1997-2007), en donde la judicialización de la violencia contra la pareja era todavía escasa, ya que las medidas judiciales instando al tratamiento son muy recientes (a partir de 2005) y aún no del todo implantadas. Por ello, los resultados expuestos pueden diferir cuando los sujetos acuden por vía judicial, con una motivación mucho menor, o cuando el tratamiento se lleva a cabo en un medio penitenciario (Echeburúa *et al.*, 2006; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Fernández-Montalvo, Echeburúa y Amor, 2005). En cuanto al contenido del programa terapéutico, se ha tratado de un tratamiento estructurado razonablemente largo (seis meses de duración, con sesiones semanales y tareas entre sesiones), aplicado en un formato individual a una muestra más bien grande (196 sujetos, si bien con 88 abandonos) y con un seguimiento suficientemente amplio (1 año, con controles periódicos).

Respecto al balance de la terapia, un primer dato ha sido la alta tasa de rechazos y abandonos, como también aparece en otros estudios (Daly y Pelowski, 2000; Hamberger *et al.*, 2000). Por un lado, sólo el 43,5% de los sujetos que acudieron al Servicio en busca de información acabaron por incorporarse al programa; por otro, del total de participantes, hubo un 45% que lo abandonaron prematuramente, sobre todo al comienzo del programa, cuando la alianza terapéutica entre terapeuta y paciente aún no era sólida y cuando no eran todavía perceptibles los resultados de la terapia. Estos rechazos y abandonos son reveladores de la escasa y fluctuante motivación de los maltratadores, así como de la utilización de la negación o de la minimización del problema (en otros casos, de la atribución de la responsabilidad de lo ocurrido a la mujer) como una estrategia de afrontamiento para encarar el rechazo social y penal que suscitan este tipo de conductas. Sin embargo, los resultados obtenidos con los sujetos que completaron el programa mostraron la utilidad del tratamiento cognitivo-conductual propuesto, como también ha ocurrido en otros estudios (Morrel *et al.*, 2003). En concreto, en el 88% de la muestra tratada habían desaparecido los episodios de maltrato en la evaluación posterior al tratamiento. Estos resultados se mantuvieron en los seguimientos, si bien la pérdida de pacientes en los cuatro períodos establecidos (que en modo alguno es sinónimo de recaída) oscurece los resultados finales. En cualquier caso, hubo, al menos, un 53% de los sujetos tratados que no recurrían a la violencia en ninguna de sus formas, al cabo de 1 año de la terminación del tratamiento. En la consideración de éxito se ha contrastado el autoinforme del sujeto con la información suministrada por la víctima a lo largo de todo el proceso de evaluación.

A diferencia de otros estudios en los que se ha conseguido la desaparición de la violencia física, pero no la del maltrato psicológico (Faulkner *et al.*, 1992; Hamberger y Hastings, 1988b), en esta investigación el tratamiento en los casos con éxito a largo plazo (al menos, el 53% del total) no sólo ha conseguido la eliminación de todas las manifestaciones de la violencia, sino que también se ha producido un aumento de la empatía y de la autoestima, una corrección de las distorsiones cognitivas y una disminución de los síntomas psicopatológicos (ansiedad, depresión, ira e inadaptación a la vida cotidiana). En resumen, el tratamiento resulta un instrumento de utilidad en aquellos casos en que el agresor es consciente de su problema y se muestra mínimamente motivado para modificar su comportamiento violento, como también se ha puesto de relieve en otros trabajos (Babcock *et al.*, 2004).

Algunas limitaciones de este estudio son que carece de un grupo de control (difícil de obtener en este tipo de investigaciones) y que, al tratarse de un programa con muchos componentes, resulta difícil establecer el peso específico de cada uno de ellos (Gondolf, 1997). Además de depurar el contenido del tratamiento, resultaría de interés en el futuro conocer el perfil de los sujetos que completan el tratamiento en relación con el de los que no lo hacen o lo rechazan (Hamberger y Hastings, 1988a), analizar los resultados en función de la procedencia de los sujetos (vía judicial/vía comunitaria) y del tipo de maltratadores (físicos/psicológicos), así como poner a prueba distintos formatos de tratamiento (individual/grupal) (Austin y Dankwort, 1999a; Babcock *et al.*, 2004; White y Gondolf, 2000).

La motivación para el tratamiento es el motor del cambio y la piedra angular del éxito en un programa terapéutico con maltratadores. No se trata tan sólo de la motivación inicial para acudir a la consulta, sino de la motivación necesaria para mantenerse en el programa y cumplir adecuadamente las prescripciones terapéuticas. Actualmente se están realizando esfuerzos para adaptar las estrategias motivacionales diseñadas para el cambio en las conductas adictivas (Miller y Rollnick, 2002) al ámbito de la violencia doméstica (Eckhardt, Babcock y Homack, 2004; Levesque, Gelles y Velicer, 2000). Conseguir una mejora en la motivación es el principal reto de futuro.

Por último, conviene señalar que la violencia contra la pareja constituye un reto social y que la solución adecuada requiere la articulación y la actuación coordinada de medidas penales, psicológicas y sociales (Echeburúa, Fernández-Montalvo y De la Cuesta, 2001). Se trata asimismo de potenciar la investigación en este ámbito y de financiar sólo aquellos programas clínicos que hayan mostrado una efectividad clara.

Referencias

- Andrés Pueyo, A., López, S. y Álvarez, E. (2008). Valoración del riesgo de violencia contra la pareja por medio de la SARA. *Papeles del Psicólogo*, 29, 107-122.
- Andrés Pueyo, A. y Redondo, S. (2007). Predicción de la violencia: entre la peligrosidad y la valoración del riesgo de violencia. *Papeles del Psicólogo*, 28, 157-173.
- Austin, J.B. y Dankwort, J. (1999b). The impact of a batterers' program on battered women. *Violence Against Women* 5, 25-42.
- Austin, J.B. y Dankwort, J. (1999a). Standards for batterer programs: A review and analysis. *Journal of Interpersonal Violence*, 14, 152-168.
- Babcock, J.C., Green, C.H. 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. 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.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Beck, A.T., Steer, R.A. y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory (2ª ed.)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Daly, J.E. y Pelowski, S. (2000). Predictors of dropout among men who batter: A review of studies with implications for research and practice. *Violence and Victims*, 15, 137-160.
- Derogatis, L.R. (1975). *The SCL-90-R*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Deschner, 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.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P.J. (2004). ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la mujer? *Papeles del Psicólogo*, 88, 10-18.
- 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, 355-384.

- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 73-175). Madrid: Siglo XXI.
- 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, 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 and Health Psychology*, 9, 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. y Corral, P. (2008). ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 355-382.
- 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.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y De la Cuesta, J.L. (2001). Articulación de medidas penales y psicológicas en el tratamiento de los hombres violentos en el hogar. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 1, 19-31.
- 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.
- Edleson, J. y Syers, M. (1990). Relative effectiveness of group treatments for men who batter. *Social Work Research and Abstracts*, 26, 10-17.
- Faulkner, K., Stoltemberg, C.D., Cogen, R., Nolder, M. y Shooter, E. (1992). Cognitive-behavioral group for male spouse abusers. *Journal of Family Violence*, 7, 37-55.
- 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, 151-180.
- 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. (2008a). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio en las cárceles españolas. *Psicothema*, 20, 193-198.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2008b). Violencia de pareja: perfil psicológico del agresor y programas de intervención. *Infocop*, 38, 6-8.
- Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Amor, P.J. (2005). Aggressors against women in prison and in community: An exploratory study of a differential profile. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 158-167.
- Gondolf, E.W. (1997). Batterer programs. What we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 83-98.
- González de Rivera, J.L. (2002). *Versión española del SCL-90-R*. Madrid: TEA.
- Hamberger, L.K. y Hastings, J.E. (1988a). Counseling male spouse abusers: Characteristics of treatment completers and dropouts. *Violence and Victims*, 4, 275-286.
- Hamberger, L.K. y Hastings, J.E. (1988b). Skills training for treatment of spouse abusers: An outcome study. *Journal of Family Violence*, 3, 121-130.

- Hamberger, L.K., Lohr, J.M. y Gottlieb, M. (2000). Predictors of treatment dropout from a spouse abuse abatement program. *Behavior Modification*, 24, 528-552.
- Harris, J. (1986). Counselling violent couples using Walker's model. *Psychotherapy*, 23, 613-621.
- Holtzworth-Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N. y Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence. *Aggression and Violent Behavior*, 2, 65-99.
- Kropp, P.H., Hart, S.D., Webster, C.D. y Eaves, D. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment Guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behaviour*, 24, 101-118.
- Levesque, D.A., Gelles, R.J. y Velicer, W.F. (2000). Development and validation of a stages of change measure for men in batterer treatment. *Cognitive and Therapy Research*, 24, 175-200.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (2001). *Versión española del STAXI-2*. Madrid: TEA.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2ª ed.). Nueva York: Guilford Press (traducción española, 2003, Barcelona, Paidós).
- Millon, T. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*. Minneapolis: National Computer Systems (versión española, TEA, 1982).
- Morrel, T.M., Elliott, J.D., Murphy, C.M. y Taft, C. (2003). A comparison of cognitive-behavioral and supportive group therapies for male perpetrators of domestic abuse. *Behavior Therapy*, 24, 77-95.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 847-862.
- Palmer, S., Brown, R. y Barrera, M. (1992). Group treatment program for abusive husbands: Long-term evaluation. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 276-283.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Towards an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Ramos-Álvarez, M.M., Moreno-Fernández, M.M., Valdés-Conroy, B. y Catena, A. (2008). Criteria of the peer review process for publication of experimental and quasi-experimental research in Psychology: A guide for creating research papers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 751-764.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey: Princenton.
- Rynerson, B.C. y Fishel, A.H. (1993). Domestic violence prevention training: Participant characteristics and treatment outcome. *Journal of Family Violence*, 8, 253-266.
- Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19, 459-466.
- Spielberger, C.D. (1988). *Stait-Trait Anger Expresion Inventory*. Orlando, FL: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press (versión española, TEA, 1982).
- 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.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- White, R.J. y Gondolf, E.W. (2000). Implications of personality profiles for batterer treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 467-488.

Recibido 20 de febrero, 2008

Aceptado 3 de septiembre, 008