

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE HOMBRES VIOLENTOS EN EL HOGAR: UN ESTUDIO PILOTO¹

Enrique Echeburúa
Javier Fernández-Montalvo

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

RESUMEN

En este estudio-piloto se trata de poner a prueba un programa terapéutico cognitivo-conductual en el tratamiento de los maltratadores domésticos. La muestra consta de 16 sujetos. Se utiliza un diseño experimental de medidas repetidas (en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1 y 3 meses). Los hombres tratados mejoran en todas las medidas evaluadas en el postratamiento y los resultados se mantienen en los periodos de seguimiento. Sin embargo, hay un nivel muy alto de rechazos del tratamiento. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.

Palabras clave: MALTRATADORES DOMÉSTICOS. TRATAMIENTO.

¹ *Agradecimientos:* Este estudio se ha financiado gracias a un convenio de investigación entre la Universidad del País Vasco, el Instituto Vasco de la Mujer y la Diputación de Vizcaya.

SUMMARY

The aim of this paper was to test a cognitive-behavioral therapeutic programme in the treatment of male batterers. The sample consisted of 16 patients. An experimental design with repeated measures (pretreatment, posttreatment and 1 and 3-month follow-up) was used. Most treated patients improved on all measures immediately posttreatment and the results were maintained at follow-up. However, the rate of refusals to the treatment was rather high. Implications of this study for clinical practice and future research in this field are commented upon.

Key words: MALE BATTERERS. TREATMENT.

INTRODUCCIÓN

La violencia familiar constituye hoy un problema en alza. No es fácil determinar la tasa de incidencia del maltrato doméstico. En general, según los estudios realizados en EE. UU., entre el 15% y el 30% de las mujeres sufren algún tipo de agresión a lo largo de la relación de pareja (Deschner, McNeil y Moore, 1986; O'Leary y Arias, 1988; O'Leary, Barling, Arias, Rosenbaum, Malone y Tyree, 1989; Post, Willett, Franks, House, Back y Wissberg, 1980; Stith, Williams y Rosen, 1992; Straus y Gelles, 1990). En nuestro entorno no se dispone aún de estudios sobre la prevalencia de la violencia en el hogar. No obstante, las denuncias por malos tratos están aumentando en los juzgados de nuestro país.

En la mayor parte de los casos los episodios de violencia comienzan en los inicios del matrimonio, e incluso durante el noviazgo, y tienden a cronificarse (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997a).

El estudio de las características psicopatológicas de los maltratadores se encuentra aún en una fase incipiente. No obstante, se han identificado una serie de variables asociadas habitualmente a la conducta violenta, como el *abuso de alcohol y de drogas* (Bland y Orn, 1986; Conner y Ackerley, 1994; Fagan, Steward y Hansen, 1983; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997a; Gelles, 1972; Kaufman y Straus, 1987; Roberts, 1988; Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1994; Van Hasselt, Morrison y Bellack, 1985; Walker, 1984) y los *celos patológicos* (Faulk, 1974; Faulkner, Stoltemberg, Cogen,

Nolder y Shooter, 1992; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997a; Howes, 1980; Sarasua *et al.*, 1994; Saunders, 1992), así como las *alteraciones en el control de los impulsos*.

Por otra parte, los trastornos de personalidad están presentes con mucha frecuencia en la población de maltratadores (Bernard y Bernard, 1984; Bersani, Chen, Pendleton y Denton, 1992; Dinwiddie, 1992; Hamberger y Hastings, 1985, 1986, 1988a; Stewart y DeBlois, 1981). Estos sujetos suelen estar afectados asimismo por numerosos sesgos cognitivos relacionados, por una parte, con creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer y, por otra, con ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma de resolver los conflictos (*cfr.* Corsi, 1995; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997a; Howes, 1980). Además, es frecuente en ellos la negación -o, al menos la minimización- del problema, así como la atribución a la pareja del origen del conflicto (Madina, 1994).

En cualquier caso, los maltratadores son muy sensibles a las frustraciones, presentan unas habilidades de comunicación muy limitadas y carecen de estrategias adecuadas para solucionar los problemas (Corsi, 1995). Todo ello contribuye a que en muchas ocasiones los conflictos y los contratiempos cotidianos de estas personas actúen como desencadenantes de los episodios violentos contra la pareja (Faulkner *et al.*, 1992; Hamberger y Hastings, 1988b, 1991).

La prioridad en la terapia de la violencia familiar ha sido el tratamiento de las víctimas de maltrato. Aunque muchas mujeres optan por separarse de sus parejas antes o en el transcurso de la terapia, hay un grupo amplio de ellas -aproximadamente el 30% de las víctimas tratadas y el 50% del total- que continúan conviviendo con sus parejas (Echeburúa *et al.*, 1996; Feazell, Mayers y Deschner, 1984; Purdy y Nickle, 1981). En estos casos la terapia recibida por la víctima es necesaria, pero resulta insuficiente si no se actúa simultáneamente sobre el agresor. En caso contrario, existe un riesgo alto de que la situación de maltrato se reproduzca e incluso se extienda al resto de la familia (a los hijos pequeños especialmente). Por este motivo, un tratamiento integral del maltrato doméstico debe incluir la atención psicológica del hombre maltratador, bien porque éste continúe conviviendo con la víctima o bien porque, en el caso de separación, pueda reincidir en el futuro con otra mujer.

El enfoque judicial del maltratador suele ser insuficiente. El maltrato doméstico es considerado habitualmente como un delito de faltas, que suele ser penado con multas, arresto domiciliario o, menos frecuentemente, con

prisión por varios días. Estas medidas penales no han mostrado ser lo suficientemente disuasorias -y en algunos casos han resultado ser contraproducentes- para detener el maltrato (Dankwort, 1988; Mitchell, 1992).

En cambio, el tratamiento psicológico del maltratador parece ser la intervención más adecuada en la actualidad. De hecho, ha resultado ser un instrumento útil en aquellos casos en los que el agresor es consciente de su problema y se muestra motivado para modificar su comportamiento agresivo (Madina, 1994). Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años (Deschner, McNeil y Moore, 1986; Edleson y Tolman, 1992; Gondolf, 1997; Faulkner, Stoltemberg, Cogen, Nolder y Shooter, 1992; Hamberger y Hastings, 1988b, 1989; Harris, 1986; Rynerson y Fishel, 1993) ponen de manifiesto la utilidad de los tratamientos psicológicos -y en concreto, de las técnicas conductuales- para reducir y eliminar las conductas de maltrato del hombre hacia la mujer.

Las primeras intervenciones terapéuticas con maltratadores se han enmarcado teóricamente en el modelo del ciclo de la violencia familiar de Walker (1984). En concreto, Deschner *et al.* (1986) llevaron a cabo una intervención grupal, con sesiones semanales de 2,5 horas, durante 10 semanas. El programa terapéutico consistía en técnicas de tiempo-fuera, control de los hábitos de bebida, reevaluación cognitiva y autoinstrucciones, así como entrenamiento en asertividad y técnicas de afrontamiento de la ira. Los resultados, con un año de seguimiento, mostraron una mejoría significativa en todos los pacientes que completaron la intervención. No obstante, si bien no se especifica concretamente en el estudio, la tasa de abandonos durante los períodos de seguimiento fue muy elevada.

En el mismo marco teórico del modelo de Walker (1984), el estudio de Harris (1986) arroja luz sobre las variables predictoras del éxito terapéutico. Con una tasa de un 73% de mejoría en el postratamiento, los factores asociados al éxito terapéutico fueron los siguientes: la edad elevada del maltratador, una situación económica desahogada, el comienzo tardío de la violencia y la realización de un mayor número de sesiones de pareja.

Hamberger y Hastings (1988b) pusieron a prueba un programa cognitivo-conductual con una muestra de 71 hombres maltratadores. El tratamiento constaba de 15 sesiones semanales de 2,5 horas de duración. Las principales técnicas empleadas fueron la reestructuración cognitiva, el tiempo-fuera, el entrenamiento en habilidades de comunicación y asertividad y las técnicas de relajación. Los resultados mostraron un cambio estadísticamente signi-

ficativo entre el pre y el postratamiento en el *Conflict Tactics Scales (CTS)* (Straus, 1979). A pesar de que la violencia física desapareció casi por completo, no se produjo una reducción similar del maltrato psicológico, quizá porque el programa no fue lo suficientemente largo como para producir cambios en los procesos básicos de personalidad o porque no era específico para este objetivo. Por otra parte, la tasa de abandonos, relacionada con la falta de motivación por el tratamiento, fue más bien alta: el 50,7% de la muestra. Lo más sorprendente fue que 22 de los 36 que abandonaron habían sido enviados por orden judicial.

Como hay muchos desacuerdos sobre el formato grupal más efectivo para el tratamiento de los hombres violentos en el hogar (grado de estructuración y número de sesiones, principalmente), Edleson y Syers (1990) llevaron a cabo una comparación de 6 condiciones experimentales con una muestra de 283 maltratadores. En concreto, se trataba de comparar 3 modalidades terapéuticas grupales (modelo educativo, modelo de autoayuda y modelo combinado), cada una de ellas con dos intensidades diferentes (12 y 32 sesiones). La evaluación se llevó a cabo en el pretratamiento, en el postratamiento y en el seguimiento de los 6 meses.

No hubo diferencias significativas en las distintas modalidades terapéuticas, si bien había una cierta superioridad de los grupos educativo y combinado sobre el de autoayuda, al menos en el formato de 12 sesiones. Lo más significativo fue, una vez más, la tasa de abandonos. De los 283 hombres que comenzaron el tratamiento, sólo 153 completaron más del 80% del programa. Además, en el seguimiento de los 6 meses sólo se contaba con una muestra de 90 sujetos (el 31,8% de la muestra inicial). En la comparación de los sujetos que abandonaron con los que completaron el tratamiento se encontraron diferencias significativas en los niveles de escolarización y de ingresos. Los que abandonaron tenían un nivel menor de formación académica y una situación económica más precaria. Estos mismos resultados se han encontrado en otros estudios (Grusznski y Carrillo, 1988).

En el estudio de Faulkner *et al.* (1992) se llevó a cabo un tratamiento cognitivo-conductual en grupo con dos variantes. En la primera de ellas, con una muestra de 15 maltratadores, el programa de intervención abarcaba el control de la ira, el entrenamiento en habilidades de comunicación y en asertividad y la enseñanza de habilidades de solución de problemas. El tratamiento tenía una duración de 4 semanas, con 2 sesiones semanales de 2 horas de duración cada una. Los resultados en el postratamiento pusieron

de manifiesto la existencia de diferencias significativas en todas las variables relacionadas con la violencia. En el seguimiento de los 6 meses, pero ya con tan sólo 5 sujetos, los resultados eran similares a los del postratamiento.

En la segunda variante, con una muestra también de 15 sujetos, el programa de tratamiento se diferenciaba del anterior en que se ponía un mayor énfasis en el control de los celos y en las técnicas de tiempo-fuera, así como en la enseñanza de habilidades de afrontamiento ante las situaciones problemáticas. Los resultados mostraron la existencia de diferencias significativas entre el pre y el postratamiento en todas las medidas de violencia. No obstante, no se presentan datos referidos a los seguimientos, debido a que sólo se contaba con 3 sujetos.

Lo más interesante de las dos variantes de este estudio es que, si bien se produjeron diferencias significativas en la reducción de la violencia, no hubo modificaciones en las variables asociadas (asertividad, autoestima, ansiedad, depresión, etc.), lo que puede ser atribuido a la brevedad del programa (8 sesiones en 4 semanas), que puede ser suficiente para suprimir la violencia, pero no para producir cambios más profundos de otra índole.

En el estudio de Rynerson y Fishel (1993) se presentan los resultados de un programa de tratamiento dirigido al cese de la violencia doméstica. La muestra estaba compuesta por 53 maltratadores. El tratamiento, de 8 sesiones semanales de 2 horas de duración, se componía de una intervención educativa sobre la violencia y de técnicas específicas de tiempo-fuera, de control de la ira, de entrenamiento en habilidades de comunicación y de asertividad y de actuación sobre los celos y el consumo excesivo de alcohol, así como una intervención sobre los estereotipos sexuales. Los resultados, evaluados a través de la *Escala de Ajuste Diádico*, mostraron unas puntuaciones significativamente más altas en el postratamiento tanto en los hombres como en las mujeres víctimas de malos tratos, lo que denotaba una mayor armonía en la relación de pareja.

Las técnicas propuestas y los resultados de otras investigaciones (*cf.* Dutton, 1986; Harris, Savage, Jones y Brooke, 1988; Petrick, Gildersleeve-High, McEllistrem y Subotnik, 1994; Saunders y Hanusa, 1986) son similares a los comentados en los estudios anteriores. En cualquier caso, son pocos los estudios controlados realizados hasta la fecha sobre el tratamiento de hombres violentos en el hogar.

Desde la perspectiva de las recaídas, no existen prácticamente investigaciones que analicen las tasas de reincidencia después de haber recibido

tratamiento. No obstante, según algunas investigaciones preliminares (*cfr.* Hamberger y Hastings, 1989; Shepard, 1992), el mero hecho de recibir un tratamiento reduce considerablemente la tasa de reincidencia y las recaídas dependen más de las características personales de los maltratadores que del tipo de intervención recibida.

Al margen de que el alto número de abandonos en las investigaciones - especialmente en los 3 primeros meses del tratamiento- dificulta considerablemente la realización de unos períodos de seguimientos adecuados, la tasa de recaídas es alta y puede oscilar de un 30% a un 50% en un período de seguimiento de 6 a 12 meses (Edleson y Grusznski, 1988; Edleson y Syers, 1990; Shepard, 1992).

La heterogeneidad de los programas y la variedad de las técnicas utilizadas hasta la fecha impiden obtener conclusiones definitivas (Gondolf, 1997). El principal objetivo de este estudio-piloto es poner a prueba un programa terapéutico cognitivo-conductual breve y estructurado para el tratamiento de los hombres violentos en el hogar. La intervención dirigida a los maltratadores tiene como objetivo asegurar que el bienestar psicológico conseguido por las mujeres, una vez finalizado el tratamiento de las secuelas psicológicas de la violencia familiar, se mantenga en aquellos casos que decidan continuar conviviendo con la persona previamente maltratadora. En caso de que se produzca la separación, con este programa se pretende prevenir nuevos episodios de maltrato en futuras relaciones del hombre maltratador y tiene, desde esta perspectiva, una función profiláctica.

MÉTODO

Sujetos

La muestra total de este estudio consta de 16 pacientes que han acudido en busca de tratamiento al Programa de Atención Psicológica para Maltratadores Domésticos, en el marco de un Servicio de Violencia Familiar que está ubicado en Bilbao y depende de la Diputación de Vizcaya, durante el período comprendido entre marzo de 1995 y marzo de 1996. La asistencia psicológica es gratuita para los pacientes.

Los criterios de admisión para esta investigación han sido los siguientes: a) ser un hombre adulto que ejerce alguna forma de maltrato, ya sea psicológico o físico, contra su pareja; b) acudir voluntariamente a la terapia;

Tabla 1.- Variables demográficas y de maltrato de los sujetos de la muestra (N=16)

VARIABLES	N (%)
EDAD (rango)	42,7 (29-64)
ESTADO CIVIL casados solteros	14 (87,5%) 2 (12,5%)
NIVEL SOCIOECONÓMICO bajo medio-bajo medio medio-alto alto	6 (37,5%) 4 (25%) 6 (37,5%) 0 0
TIPO DE MALTRATO físico psicológico	10 (62,5%) 6 (37,5%)
DURACIÓN DEL MALTRATO más de 10 años de 5 a 10 años de 1 a 4 años menos de 1 año	7 (43,7%) 5 (31,2%) 1 (6,2%) 3 (18,7%)
PRIMER EPISODIO DE MALTRATO noviazgo 1 ^{er} año de matrimonio 2 ^o -5 ^o año de matrimonio más de 5 años de matrimonio	3 (18,8%) 5 (31,3%) 2 (12,5%) 6 (37,5%)
ÚLTIMO EPISODIO 0-1 mes 1-3 meses 3-6 meses más de 6 meses	7 (43,7%) 8 (50%) 1 (6,2%) 0

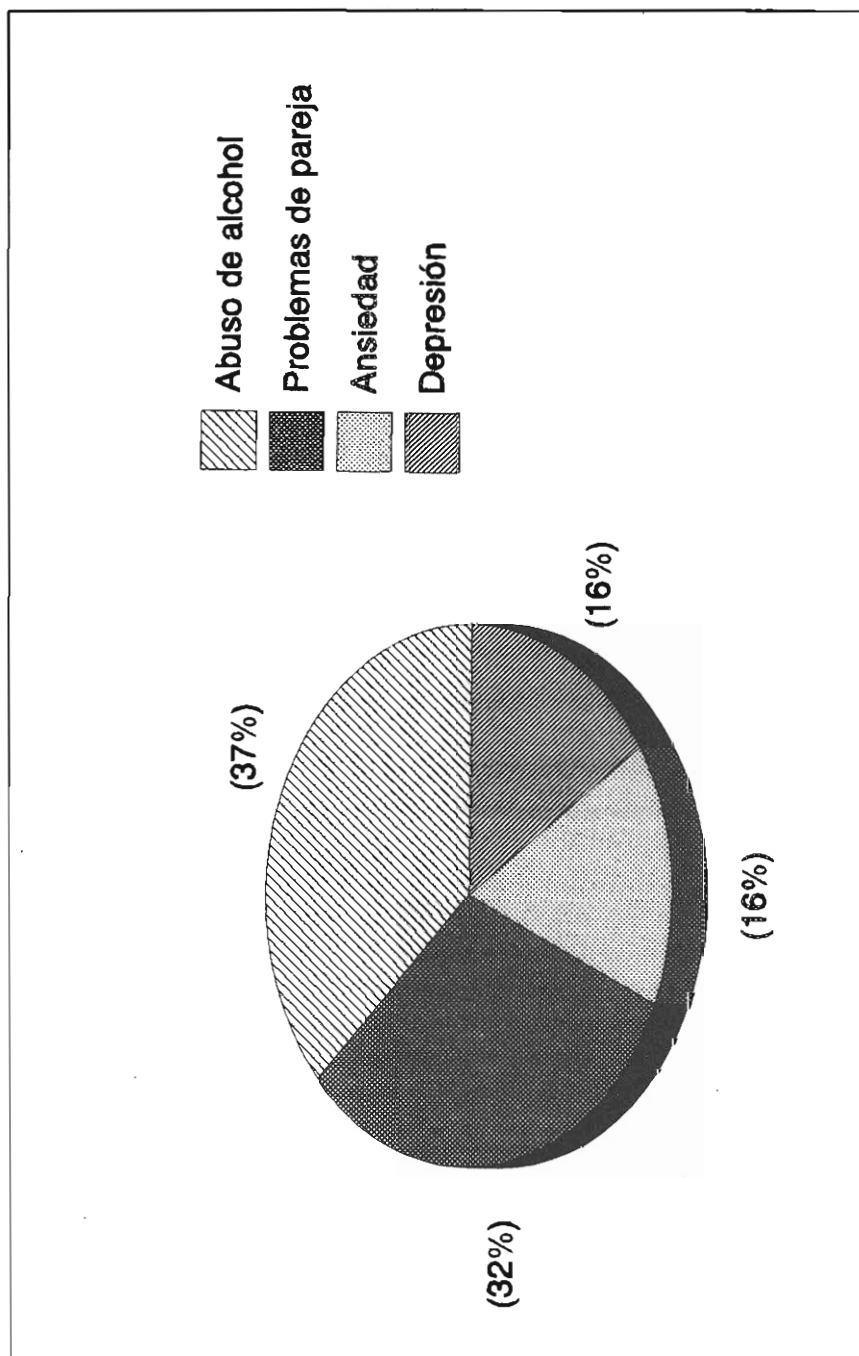


Figura 1.- Tipo de historia psiquiátrica anterior

y c) no ser víctima de una adicción ni padecer un trastorno mental o una enfermedad orgánica grave. Se trata, en último término, de contar con pacientes homogéneos aquejados de un problema específico de violencia familiar y que no estén afectados por otros cuadros clínicos.

Una vez efectuado el estudio previo con los 31 maltratadores que acudieron al programa terapéutico durante el período señalado, la muestra seleccionada ha quedado establecida en 16 pacientes. Los 15 pacientes restantes (el 48% de la muestra inicial), que también cumplían los criterios de admisión, rechazaron el tratamiento porque negaban la existencia del problema, lo minimizaban o lo atribuían a la conducta de la víctima.

Respecto a las características demográficas más significativas de la muestra, así como de los aspectos relacionados con los episodios de maltrato (*tabla I*), los sujetos tienen una edad media de 43 años, están casados en la mayor parte de los casos y pertenecen a un nivel socioeconómico que oscila entre medio y bajo. Si bien la mayor parte de los agresores ejercen un maltrato físico, además del psicológico, es destacable que en un 37% de los casos el problema fundamental sea el maltrato psicológico (humillaciones, desvalorizaciones, insultos, etc.). La duración de la violencia familiar es superior a los 5-10 años y se remonta frecuentemente al noviazgo o al primer año de matrimonio. Además, en la práctica totalidad de los casos, el último episodio de maltrato ha tenido lugar durante los 3 meses anteriores a acudir a la consulta, lo que denota la existencia actual del problema.

Desde una perspectiva psicopatológica, un 45% de los sujetos presentan una historia psiquiátrica anterior, muy por encima de la tasa de prevalencia del 15%-20% en la población general (Bernardo, 1991), en donde los motivos de consulta más frecuentes han sido el abuso de alcohol, los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) y los celos patológicos (*figura 1*).

En cualquier caso, un análisis más detallado de las características demográficas y de maltrato, así como de las distorsiones cognitivas y de los aspectos psicopatológicos implicados en los maltratadores domésticos, puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997a).

Diseño

Se ha utilizado un diseño experimental de medidas repetidas. La evaluación de todos los sujetos se ha efectuado en el pretratamiento, en el postratamiento y en los seguimientos de 1 y 3 meses.

En esta investigación no se ha utilizado 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 (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997a; Sarasua *et al.*, 1994). 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 contexto en el que se ha desarrollado esta investigación - el Centro de Atención Psicológica para Maltratadores Domésticos, dependiente de los Servicios Sociales de la Diputación Foral de Vizcaya - hace inviable el mantenimiento de los sujetos en un grupo de control sin tratamiento o de lista de espera.

Medidas de evaluación

a) Variables sociodemográficas

Se ha llevado a cabo una entrevista inicial con cada uno de los maltratadores. En esta entrevista se obtenían datos referidos a las principales variables demográficas analizadas en este trabajo: la edad, el estado civil, la formación académica, el nivel socioeconómico, la situación laboral, el número de hijos, la historia psiquiátrica anterior, el nivel de asertividad y el grado de apoyo social y familiar, así como la existencia o no de denuncia.

b) Variables de maltrato

La *Entrevista General Estructurada de Maltratadores* (Echeburúa y Fernández-Montalvo, en prensa) consta de cinco apartados que recogen datos sobre las características demográficas y los posibles problemas laborales del sujeto, el desarrollo evolutivo, los posibles problemas de maltrato en relaciones de pareja anteriores y la situación de pareja y familiar actual, así como sobre el estado de salud, los antecedentes penales y las relaciones sociales. Asimismo permite explorar variables psicopatológicas que están relacionadas habitualmente con la violencia familiar (los celos y el abuso de alcohol, principalmente). Todos estos aspectos son de gran utilidad para la evaluación y control del problema específico de cada sujeto. Esta entrevista resulta, por ello, un instrumento efectivo para explorar las variables que han incidido en cada caso en el desarrollo y mantenimiento de las conductas violentas.

El *Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato (versión para el paciente)* (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997) consta de seis ítems

que evalúan, por un lado, la frecuencia y duración de los episodios de maltrato y, por otro, la percepción que tiene el paciente sobre la gravedad de dichas variables, así como sobre las consecuencias físicas y psicológicas en la pareja y sobre la repercusión que el maltrato ha tenido en la relación conyugal. A esta percepción es a lo que se denomina *indicador subjetivo del paciente*. Las puntuaciones de cada ítem de esta parte subjetiva oscilan entre 0 (*nula*) y 4 (*muy grande*) y el rango del cuestionario es de 0 a 24. La detección de estas variables permite llevar a cabo una evaluación individualizada de la conducta de maltrato, así como planificar adecuadamente el tratamiento.

Existen dos versiones -una para el maltratador y otra para la víctima, lo que permite comprobar la veracidad de la información aportada por el paciente.

c) *Variables psicopatológicas y de personalidad*

El *SCL-90-R* (Derogatis, 1975) 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*). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El *SCL-90-R* 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 del sujeto. El punto de corte en el índice global de síntomas (GSI) es 63.

El *Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI)* (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1988) consta de 10 ítems relacionados con la ira-estado (intensidad de la expresión de ira en una situación concreta) y de otros 10 referidos a la ira-rasgo (disposición individual para sentir ira habitualmente). El rango de las puntuaciones es de 10 a 40 en cada escala. Asimismo el STAXI cuenta con una tercera subescala de 24 ítems relacionada con la forma de la expresión de la ira (ira interna, ira externa y control de la ira).

El *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; versión española de Vázquez y Sanz, 1991) consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos, sobre todo en lo relacionado con

las alteraciones cognitivas. El rango de las puntuaciones es de 0 a 63. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18. 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. La versión utilizada en este estudio puede encontrarse en Echeburúa (1995).

El *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970; versión española de TEA, 1982) consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte, según las muestras utilizadas, oscila en torno a 30. La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la ansiedad-rasgo y, como es lógico, bastante más baja en la ansiedad-estado ($r=0,40$). El coeficiente *alfa* de consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92.

La *Escala de Autoestima* (Rosenberg, 1965) tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango del cuestionario es de 10 a 40, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima, y el punto de corte en la población adulta es de 29. 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 (*cfr.* Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Sauca y Emparanza, 1994). La versión española utilizada en este estudio puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997b).

d) Variables de adaptación

La *Escala de Inadaptación* (Echeburúa y Corral, 1987) refleja el grado en que los problemas actuales del paciente afectan a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento cuenta asimismo con una subescala que da cuenta del grado de inadaptación global a la vida cotidiana. El autoinforme consta, en total, de 6 ítems, que tienen una puntuación de 0 a 5 según una escala de tipo Likert. El rango total del instrumento es de 0 a 30, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la inadaptación. La escala utilizada en este estudio puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997b).

El *Test de Ajuste Marital* (Locke y Wallace, 1959) está formado por 15 ítems de puntuación variable que evalúan el grado de armonía que existe en la pareja según la percepción de cada miembro. El rango es de 0 a 145 y el punto de corte es de 100, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es el ajuste marital. Este instrumento sirve para discriminar a las parejas bien avenidas de las parejas mal avenidas. Los estudios de fiabilidad y validez llevados a cabo con esta escala han dado unos resultados satisfactorios. La escala utilizada en este estudio puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997b).

Tabla 2.- Resumen del protocolo de tratamiento

Aspectos psicopatológicos	Técnicas terapéuticas
Ira descontrolada del proceso de escalada de la ira.	Explicación del ciclo de la violencia y Suspensión temporal. Distracción cognitiva. Entrenamiento en autoinstrucciones.
Ansiedad/estrés	Relajación.
Celos patológicos	Reestructuración cognitiva. Saciación.
Consumo abusivo de alcohol	Programa de bebida controlada.
Déficits de asertividad y de comunicación	Entrenamiento en asertividad y habilidades de comunicación.
Déficits en la resolución de problemas	Entrenamiento en solución de problemas.
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.
Déficits en autoestima	Reevaluación cognitiva.
Déficits en las relaciones sexuales	Educación sobre la sexualidad en la pareja.

Tratamiento

Como se ha sugerido también en otros estudios recientes (*cf.* Corsi, 1995), la modalidad terapéutica puesta a prueba en esta investigación es un programa amplio de intervención, que incluye técnicas muy variadas y heterogéneas. En la *tabla 2* aparece un resumen de los principales aspectos psicopatológicos tratados en el programa de intervención y de las técnicas terapéuticas utilizadas para cada uno de ellos.

No quiere decirse con ello que se hayan abordado todos los aspectos psicopatológicos señalados ni utilizado todas las técnicas terapéuticas propuestas en cada uno de los pacientes. Al margen del punto básico en común a todos los agresores -la conducta de maltrato-, las motivaciones y los aspectos psicopatológicos implicados difieren de unos casos a otros.

Todo ello hace necesario contar con un programa amplio de intervención, que incluya los principales aspectos deficitarios en los hombres violentos. Se trata, en definitiva, de ofrecer al clínico un amplio abanico de instrumentos terapéuticos con los que afrontar las situaciones concretas que resulten necesarias en cada caso. No está, por ello, reñida la identificación de un problema clínico -la violencia familiar- con la necesaria flexibilidad en la aplicación de un programa de intervención en función de las necesidades específicas de cada caso.

Un análisis extenso y detallado del protocolo de tratamiento, con un diario de sesiones concreto y con el desarrollo específico de cada una de las técnicas, puede encontrarse en Echeburúa y Fernández-Montalvo (en prensa).

Procedimiento

El programa de evaluación y de tratamiento, elaborado por los autores de este trabajo, se ha puesto a prueba, a modo de estudio-piloto previo, con una muestra de cinco pacientes antes de comenzar propiamente con la investigación, a fin de comprobar la adecuación de los instrumentos de evaluación y de las técnicas terapéuticas.

a) Evaluación

A los pacientes seleccionados se les aplicaron los instrumentos de evaluación y se les explicó el contenido de la terapia en la fase anterior al tratamiento. La duración de esta fase de evaluación fue de 3 sesiones: dos

individuales y una tercera con los dos miembros de la pareja. El objetivo de esta última sesión -de confrontación- era contrastar la información aportada por el paciente con los hechos referidos por la mujer.

Las siguientes evaluaciones tuvieron lugar en la fase inmediatamente posterior a la intervención clínica y en los seguimientos de 1 y 3 meses.

Todos los cuestionarios se han aplicado en todos los momentos de evaluación, a excepción del *SCL-90-R*, que, al tratarse de una prueba más general e inespecífica, se ha aplicado sólo en la evaluación pretratamiento.

b) Tratamiento

El terapeuta que ha llevado a cabo la evaluación y el tratamiento de todos los pacientes -el segundo firmante de este trabajo- es un psicólogo clínico con 4 años de experiencia profesional en el tratamiento cognitivo-conductual de trastornos mentales diversos y con 2 específicamente en el de hombres violentos en el hogar.

El protocolo de tratamiento puesto a prueba consta de 15 sesiones, de una hora de duración, y con una periodicidad semanal (*tabla 3*). La duración aproximada de la intervención, excluidas las evaluaciones, es de 4 meses.

El programa tiene un formato individual. No obstante, algunas sesiones -en concreto, las relacionadas con las habilidades de comunicación- pueden realizarse, en una fase avanzada de la terapia, a nivel de pareja si el caso concreto así lo requiere y sólo si previamente el maltratador ha tomado plena conciencia de su problema, han cesado por completo los episodios de malos tratos y el desarrollo del tratamiento hasta el momento ha sido positivo. Estos últimos aspectos son fundamentales; en caso contrario, se puede caer en el error de conceptualizar los malos tratos como un mero problema de pareja.

Tabla 3.- Características de la modalidad terapéutica

Modalidad	Nº de sesiones	Periodicidad	Duración de cada sesión	Duración total del programa
Individual	15	Semanal	1 hora	4 meses (15 horas)

RESULTADOS

En primer lugar, se van a describir brevemente las características psicopatológicas de los pacientes en la fase anterior a la terapia. Y en segundo lugar, se van a presentar los resultados del tratamiento propuesto.

Los maltratadores presentan en el pretratamiento un nivel muy elevado de síntomas psicopatológicos en prácticamente todas las dimensiones del *SCL-90-R*. De hecho, los sujetos estudiados, como grupo, puntúan de forma positiva en 65 ($PST=64,9$) de las 90 preguntas que contiene el inventario. Asimismo, según el *Índice Global de Gravedad (GSI)* ($X=72$), los síntomas aparecen con gran intensidad.

Más en concreto, la disposición para sentir ira es relativamente alta. Los sujetos presentan síntomas de ansiedad y de depresión en un nivel moderadamente alto. Pero lo más destacado es el grado elevado de inadaptación a la vida cotidiana. Asimismo, como era de esperar, las relaciones de pareja están muy deterioradas y el ajuste marital está muy por debajo del punto de corte (*tabla 4*).

Tabla 4.- Variables psicopatológicas de la muestra

VARIABLES	MUESTRA N=16	
	\bar{X}	(D.T.)
SCL-90-R (<i>GSI</i>)	71,6	(8,7)
STAXI-estado	16,2	(4,6)
STAXI-rasgo	23,2	(7,1)
BDI	15,1	(12,9)
STAI-estado	33,1	(14,5)
STAI-rasgo	28,9	(10,5)
Autoestima	28,8	(4,3)
Inadaptación	18,2	(6,5)
Ajuste marital	72,2	(22,6)

Resultan especialmente significativos los problemas psicopatológicos asociados, como el consumo abusivo de alcohol (por encima de 60 g de alcohol/día), que está presente en la mitad de los casos, o la existencia de celos patológicos, que afecta al 38% de los sujetos estudiados.

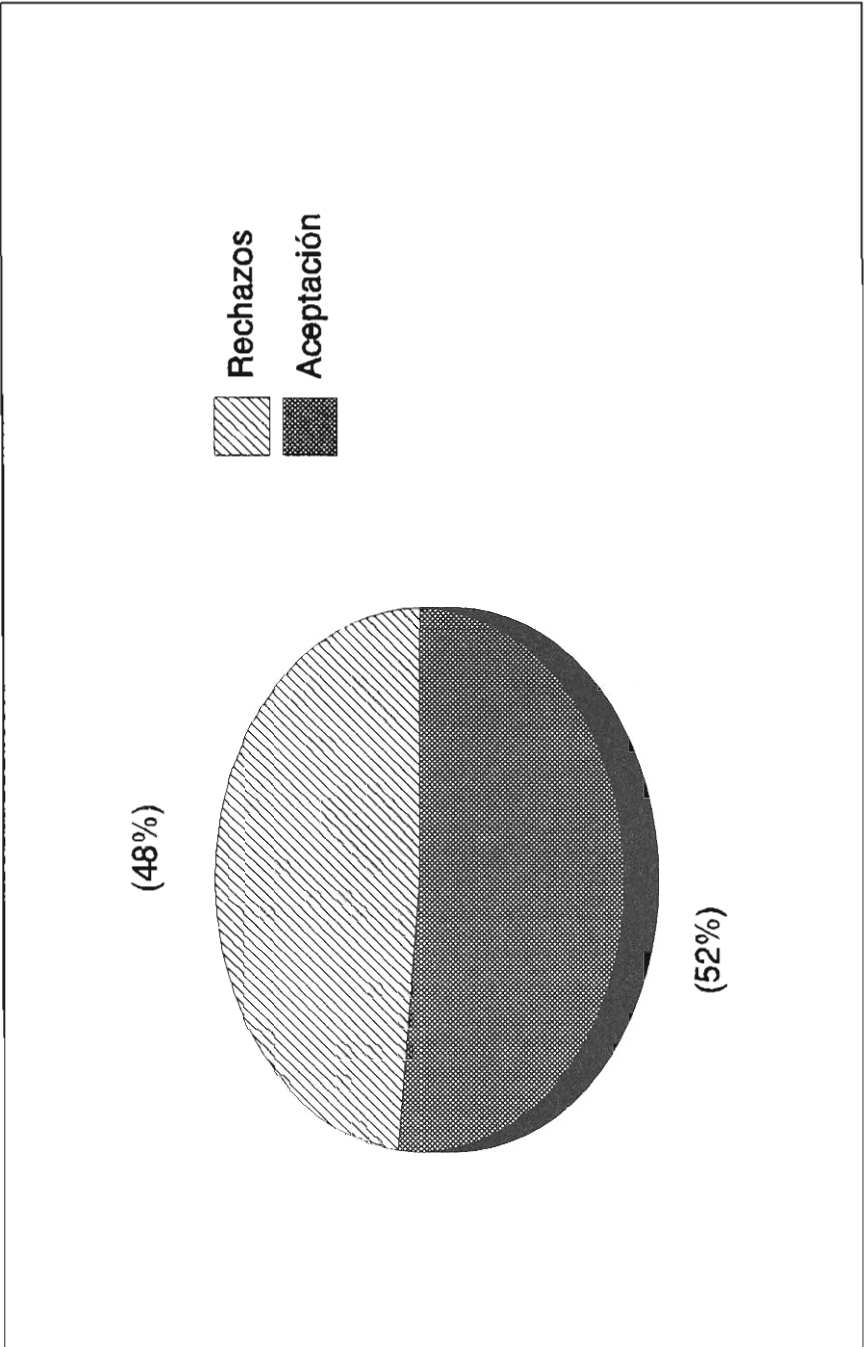


Figura 2.- Tasa de rechazos al tratamiento

Tabla 5.- Porcentajes de éxito terapéutico (N=16)

EVALUACIÓN	ÉXITO TERAPÉUTICO	
	N	(%)
Postratamiento	13	(81%)
1 mes	12	(75%)
3 meses	11	(69%)

Respecto a la terapia, de los 31 pacientes que comenzaron el estudio, 15 (el 48% de la muestra) rechazaron la intervención terapéutica (*figura 2*). Por ello, los resultados del tratamiento que se exponen se basan en los 16 pacientes restantes que iniciaron la terapia.

Tabla 6.- Medias y desviaciones típicas en las variables de maltrato

	SUJETOS (N=16)	
	\bar{X}	(D.T.)
INDICADOR SUBJETIVO DEL PACIENTE (0-24)		
Pretratamiento	13,4	(6,9)
Postratamiento	1,1	(1,7)
1 mes	1	(1,8)
3 meses	1	(1,6)
FRECUENCIA DEL MALTRATO (días mensuales)		
Pretratamiento	4,2	(2,1)
Postratamiento	0	
1 mes	0,1	(0,3)
3 meses	0,1	(0,3)
DURACIÓN DEL MALTRATO (minutos)		
Pretratamiento	38,9	(25,7)
Postratamiento	0	
1 mes	1,3	(4,5)
3 meses	1,5	(4,7)

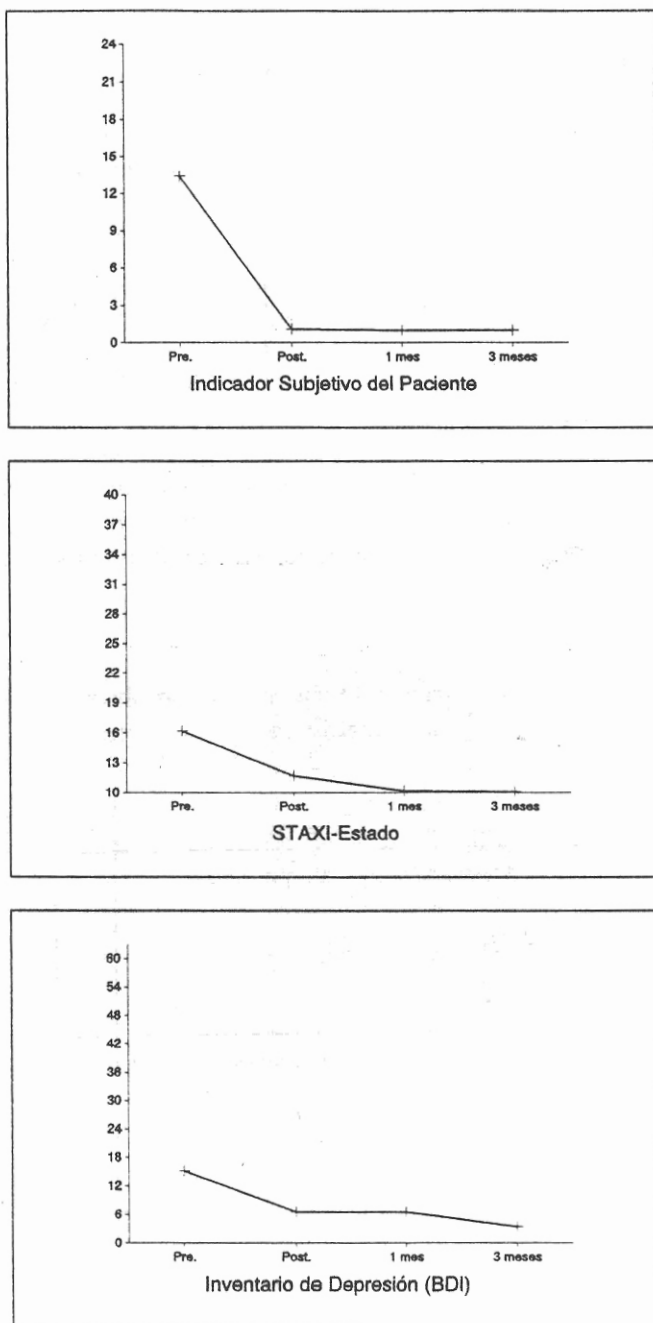


Figura 3.- Evolución de las variables psicopatológicas (1)

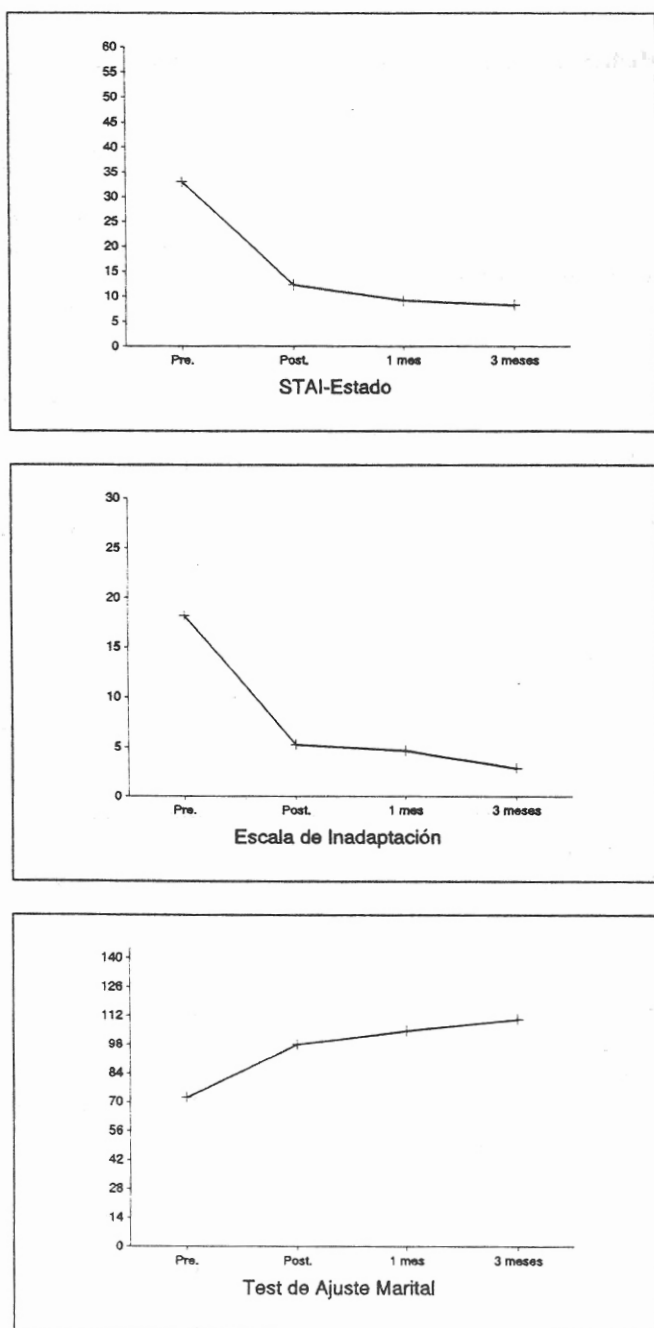


Figura 4.- Evolución de las variables psicopatológicas (y 2)

Tabla 7.- Medias y desviaciones típicas en las variables psicopatológicas

	SUJETOS (N=16) \bar{X} (D.T.)
ANSIEDAD (STAI-E) (0-60)	
Pretratamiento	33,1 (14,5)
Postratamiento	12,3 (7,2)
1 mes	9,2 (6,5)
3 meses	8,3 (5,6)
DEPRESIÓN (BDI) (0-63)	
Pretratamiento	15,1 (12,9)
Postratamiento	6,6 (6,3)
1 mes	6,6 (7,5)
3 meses	3,5 (3,4)
EXPRESIÓN DE IRA (STAXI-E) (10-40)	
Pretratamiento	16,2 (4,6)
Postratamiento	11,7 (4,2)
1 mes	10,2 (0,8)
3 meses	10,1 (0,3)
AUTOESTIMA (10-40)	
Pretratamiento	28,8 (4,3)
Postratamiento	31,6 (3,8)
1 mes	32,6 (4,1)
3 meses	34,2 (3,2)
AJUSTE MARITAL (0-145)	
Pretratamiento	72,2 (22,6)
Postratamiento	98,1 (21,3)
1 mes	104,8 (19,1)
3 meses	110,5 (14,4)
INADAPTACIÓN (0-30)	
Pretratamiento	18,2 (6,5)
Postratamiento	5,3 (4,5)
1 mes	4,7 (3,8)
3 meses	2,9 (2,4)

Tabla 8.- Valores de F y T en el análisis de varianza de medidas repetidas ($N=16$)

EVALUACIONES	$N=16$
INDICADOR SUBJETIVO DEL PACIENTE	$F= 36,9$ ***
Pre. - Post.	t 5,9 *** (++)
Pre. - 3 meses	6,1 *** (++)
Post. - 3 meses	1
ANSIEDAD (<i>STAI-E</i>)	$F= 28,8$ ***
Pre. - Post.	t 5,6 *** (++)
Pre. - 3 meses	5,5 *** (++)
Post. - 3 meses	1,7
DEPRESIÓN (<i>BDI</i>)	$F= 9,3$ **
Pre. - Post.	t 3,2 ** (+)
Pre. - 3 meses	3,1 *
Post. - 3 meses	1,9
EXPRESIÓN DE IRA (<i>STAXI-E</i>)	$F= 14,6$ ***
Pre. - Post.	t 9,1 *** (++)
Pre. - 3 meses	4,2 ** (+)
Post. - 3 meses	1,2
AUTOESTIMA	$F= 9,4$ **
Pre. - Post.	t 3,2 ** (+)
Pre. - 3 meses	3,5 ** (+)
Post. - 3 meses	1,8
AJUSTE MARITAL	$F= 21,4$ ***
Pre. - Post.	t 5,1 *** (++)
Pre. - 3 meses	5,2 *** (++)
Post. - 3 meses	0,9
INADAPTACIÓN	$F= 56,7$ ***
Pre. - Post.	t 6,1 *** (++)
Pre. - 3 meses	7,7 *** (++)
Post. - 3 meses	0,6
Nivel de significación nominal: * $p<0,05$ ** $p<0,01$ *** $p<0,001$ Corrección de Bonferroni para 3 comparaciones: + $p<0,0166$ ++ $p<0,0033$	

Desde una perspectiva propiamente clínica, en esta investigación se ha entendido por éxito terapéutico la desaparición de los episodios de maltrato. A su vez, se han considerado como fracasos los sujetos que persisten en el maltrato o que, una vez comenzado el tratamiento, han abandonado el mismo sin haberlo completado. Con este enfoque categorial, los resultados obtenidos aparecen descritos en la *tabla 5*.

Como se puede apreciar, la tasa de éxitos en los sujetos que aceptan el tratamiento y lo completan es muy alta. No obstante, se produce una disminución gradual del éxito terapéutico en los períodos de seguimiento y, a falta de seguimientos ulteriores, una estabilización de la tasa en torno a un 70% de éxitos de los casos completados.

Desde una perspectiva dimensional -es decir, el grado de intensidad de los síntomas en las variables medidas-, los logros terapéuticos han sido también muy halagüeños. En las *tablas 6 y 7* se representan las medias y desviaciones típicas en las variables de maltrato y en las variables psicopatológicas, respectivamente, a lo largo de todas las evaluaciones. En la *tabla 8*, a su vez, figuran los valores de *F* y *t*, referidos a los momentos fundamentales de la evaluación, del ANOVA de medidas repetidas en el *Indicador Subjetivo del Paciente* y en las otras medidas psicopatológicas. La evolución de dichas medidas se representa en las *figuras 3 y 4*.

En todas las variables estudiadas, tanto en las relacionadas directamente con el maltrato como en las referidas a los síntomas psicopatológicos, se aprecia una clara mejoría entre el pre- y el postratamiento. Dicha mejoría se mantiene hasta el seguimiento de los 3 meses.

CONCLUSIONES

La intervención con los maltratadores es un asunto muy complejo y lleno de controversia. Son múltiples los sistemas implicados en la toma de decisiones para acabar con el ciclo de la violencia en el hogar. Tanto el sistema judicial, por un lado, como los profesionales de la salud mental y de los servicios sociales, por otro, deben dirigir sus esfuerzos a encontrar métodos para solucionar este problema. Si bien no siempre ha habido una coordinación adecuada entre estos sistemas, las tasas de éxitos en pacientes derivados del juzgado y sometidos obligatoriamente a tratamiento son muy bajas. En estos casos el maltratador no tiene una motivación real para que se produzca un cambio sustancial en su comportamiento (Ronsenfeld, 1992). Por lo tanto,

la entrada en el sistema de justicia criminal puede ser necesaria, pero resulta insuficiente en muchos casos para reducir el maltrato de forma permanente (Hamberger y Hastings, 1988b).

Los resultados obtenidos en esta investigación muestran la utilidad del tratamiento cognitivo-conductual propuesto en la terapia de los hombres violentos. En concreto, la tasa de éxitos obtenida es del 69% de los casos cuando han transcurrido 3 meses de seguimiento. Si bien esta tasa puede reducirse en controles de seguimiento posteriores, los resultados resultan claramente esperanzadores, sobre todo cuando se trata de una muestra de sujetos que tienen sobreaprendidas las conductas de maltrato y que presentan, además, numerosos síntomas psicopatológicos (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997a).

A diferencia de otros estudios en que se ha conseguido el cese de la violencia física pero no el del maltrato psicológico (Faulkner *et al.*, 1992; Hamberger y Hastings, 1998b), en esta investigación el tratamiento no sólo ha conseguido el cese de la violencia en los casos con éxito (el 69% del total), sino que también se han producido cambios estadísticamente significativos en las variables psicopatológicas asociadas. Además, el éxito se ha definido en este estudio como la ausencia completa de episodios de maltrato, bien sean físicos o psicológicos. En esta definición amplia de éxito se han tenido en cuenta tanto el autoinforme del paciente como la información suministrada por la víctima.

Un aspecto importante de este estudio es el alto nivel de rechazos y abandonos del tratamiento. En concreto, el 48% de los sujetos de la muestra inicial rechazaron el tratamiento porque negaban la existencia del problema, lo minimizaban o lo atribuían a la conducta de la víctima. Esta tasa de rechazos es similar, incluso algo más baja, a la obtenida en otros estudios (*cf.* Edleson y Syers, 1990; Faulkner *et al.*, 1992; Hamberger y Hastings, 1988b). En este sentido, el tratamiento resulta un instrumento útil en aquellos casos en los que el agresor es consciente de su problema y se muestra motivado para modificar su comportamiento agresivo (Madina, 1994).

Esta investigación presenta, sin embargo, dos limitaciones importantes. Al tratarse de un estudio-piloto, no se ha utilizado un grupo de control que permita comparar los resultados obtenidos en esta muestra con maltratadores no tratados. Los cambios experimentados, sin embargo, pueden atribuirse razonablemente al tratamiento. No es previsible una remisión espontánea sin tratamiento en unos hombres que llevan ejerciendo el maltrato una media de más de 10 años.

Por otra parte, el programa de tratamiento utilizado es muy amplio. Al contar con muchos componentes, resulta difícil establecer el peso específico de cada uno de ellos en la capacidad de producir cambios de conducta en el maltratador. Conviene, por ello, depurar el protocolo de intervención en estudios ulteriores y eliminar del mismo los componentes inertes, así como compararlo con otro tipo de intervenciones en función de diversas variables (modalidades terapéuticas, número de sesiones, formato individual o grupal) y de distintos tipos de maltratadores (Gondolf, 1997).

Un aspecto de interés -no abordado en esta investigación- es el estudio comparativo en muestras amplias de los sujetos que completan el tratamiento en relación con los que lo rechazan o abandonan prematuramente. Este problema es crucial en el tratamiento de los hombres violentos. Las variables predictoras obtenidas hasta la fecha no resultan consistentes.

Por último, parece necesario continuar mejorando los tratamientos, tanto de los hombres agresores como de las mujeres víctimas de maltrato doméstico, y desarrollando estrategias eficaces de motivación para la terapia. Sólo de esta forma la psicología clínica podrá dar respuesta a un problema que constituye una verdadera alarma social.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Desclee de Brower (original, 1979).
- Bernard, J. y Bernard, M. (1984). The abusive male seeking treatment: Jekyll and Hyde. *Family Relations*, 33, 543-547.
- Bernardo, M. (1991). Epidemiología psiquiátrica. En J. Vallejo (ed.). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona. Salvat. 3ª edic.
- Bersani, C.A., Chen, H.T., Pendleton, B.F. y Denton, R. (1992). Personality traits of convicted male batterers. *Journal of Family Violence*, 7, 123-134.
- Bland, R. y Orn, H. (1986). Family violence and psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 6, 129-137.
- Conner, K.R. y Ackerley, G.D. (1994). Alcohol-related battering: developing treatment strategies. *Journal of Family Violence*, 9, 143-155.
- Corsi, J. (Ed.) (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires. Paidós.
- Dankwort, J. (1988). The challenge of accountability in treating wife abusers: a critique from Quebec. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, 103-117.

- Derogatis, L.R. (1975). *The SCL-90-R*. Clinical Psychometric Research. Baltimore.
- Deschner, J.P., McNeil, J.S. y Moore, M.G. (1986). A treatment model for batterers. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, January, 55-60.
- Dinwiddie, S. (1992). Psychiatric disorders among wife batterers. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 411-416.
- Dutton, D.G. (1986). The outcome of court-mandated treatment for wife assault: a quasi-experimental evaluation. *Violence and Victims*, 1, 163-175.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona. Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (en prensa). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral. *Manual de violencia familiar*. Madrid. Pirámide.
- Edleson, J.L. y Grusznski, R.J. (1988). Treating men who batter: four years of outcome data from the Domestic Abuse Project. *Journal of Social Services and Research*, 12, 3-22.
- Edleson, J.L. y Syers, M. (1990). Relative effectiveness of group treatments for men who batter. *Social Work Research and Abstracts*, January, 10-17.
- Edleson, J.L. y Tolman, R. (1992). *Intervention for men who batter: An ecological approach*. Newbury Park, CA. Sage.
- Fagan, J.A., Stewart, D.K. y Hansen, K.V. (1983). Violent men or violent husbands?. En D. Finkelhor, R.J. Gelles, G.T. Hotaling y M.A. Straus (eds.). *The dark side of families: current family violence research*. Beverly Hills, CA. Sage.
- Faulk, M. (1974). Men who assault their wives. *Medicine, Science and the Law*, 14, 180-183.
- Faulkner, K., Stoltemberg, C.D., Cogen, R., Nolder, M. y Shooter, E. (1992). Cognitive-behavioral group treatment for male spouse abusers. *Journal of Family Violence*, 7, 37-55.
- Feazell, C.S., Mayers, R.S. y Deschner, J. (1984). Services for men who batter: Implications for programs and policies. *Family Relations*, 33, 217-233.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997a). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 88, Vol. 23, pp.151-180.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997b). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.
- Gelles, R.J. (1972). *The violent home*. Beverly Hills, CA. Sage.

- Gondolf, E.W. (1997). Batterer programs. What we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 83-98.
- Grusznski, R.J. y Carrillo, T.P. (1988). Who completes batterer's treatment groups? An empirical investigation. *Journal of Family Violence*, 3, 141-150.
- Hamberger, L.K. y Hastings, J.E. (1985). *Personality correlates of men who abuse their partners: some preliminary data*. Paper presented at the meeting of the Society of Personality Assessment, Berkeley, California.
- Hamberger, L.K. y Hastings, J.E. (1986). Personality correlates of men who abuse partners: a cross-validation study. *Journal of Family Violence*, 1, 323-341.
- Hamberger, L.K. y Hastings, J.E. (1988a). Characteristics of male spouse abuser consistent with personality disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 763-770.
- 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. y Hastings, J.E. (1989). Counseling male spouse abusers: Characteristics of treatment completers and dropouts. *Violence and Victims*, 4, 275-286.
- 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, 131-148.
- Harris, J. (1986). Counseling violent couples using Walker's model. *Psychotherapy*, 23, 613-621.
- Harris, R., Savage, S., Jones, T. y Brooke, W. (1988). A comparison of treatments for abusive men and their partners within a family-service agency. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, 147-155.
- Howes, K. (1980). Conjugal violence: what 33 men report. *Journal of Marital and Family Therapy*, April, 207-213.
- Kaufman, G. y Straus, M.A. (1987). The "Drunken Bum" theory of wife beating. *Social Problems*, 34, 213-230.
- Locke, H.J. y Wallace, K.M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Madina, J. (1994). Perfil psicossocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- Mitchell, D.B. (1992). Contemporary police practices in domestic violence cases: arresting the abuser: is it enough?. *Journal of Criminal Law and Criminology*, 83, 241-249.
- O'Leary, K.D. y Arias, I. (1988). Prevalence, correlates and development of spouse abuse. En R.D. Peters y R.J. McMahon (eds.). *Social learning in system approaches to marriage and the family*. New York. Brunner/Mazel.

- 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.
- Petrick, N.D., Gildersleeve-High, L., McEllistrem, J.E. y Subotnik, L.S. (1994). The reduction of male abusiveness as a result of treatment: reality or myth?. *Journal of Family Violence*, 9, 307-316.
- Post, R.D., Willett, A.B., Franks, R.D., House, R.M., Back, S.M. y Wissberg, M.P. (1980). A preliminary report on the prevalence of domestic violence among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 137, 974-975.
- Purdy, F. y Nickle, N. (1981). Practice principles for working with groups of men who batter. *Social Work Group*, 4, 111-123.
- Roberts, A.R. (1988). Substance abuse among men who batter their mates: the dangerous mix. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 83-87.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey. Princenton.
- Ronsenfeld, B.D. (1992). Court-ordered treatment of spouse abuse. *Clinical Psychology Review*, 12, 205-226.
- 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., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En E. Echeburúa (Ed.). *Personalidades Violentas*. Madrid. Pirámide.
- Saunders, D.G. (1992). A typology of men who batter: three types derive from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 264-275.
- Saunders, D.G. y Hanusa, D. (1986). Cognitive-behavioral treatment of men who batter: the short-term effects of group therapy. *Journal of Family Violence*, 1, 357-372.
- Shepard, M.F. (1992). Predicting batterer recidivism five years after community intervention. *Journal of Family Violence*, 7, 167-178.
- 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 C.A., Consulting Psychologists Press (versión española, T.E.A., 1982).
- Stewart, M.A. y DeBlois, C.S. (1981). Wife abuse among families attending a child psychiatry clinic. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 845-862.
- Stith, S., Williams, M. y Rosen, K. (1992). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao. Desclée de Brouwer (original, 1990).
- Straus, M.A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family*, February, 75-88.

- Straus, M.A. y Gelles, R.J.** (1990). How violent are american families? Estimates from the National Family Violence Resurvey and other studies. En M.A. Straus y R.J. Gelles (eds.). *Physical Violence in American Families*. New Brunswick, NJ. Transaction Publishers.
- Van Hasselt, V.B., Morrison, R.L. y Bellack, A.S.** (1985). Alcohol use in wife abusers and their spouses. *Addictive Behaviors*, 10, 127-135.
- Vázquez, C. y Sanz, J.** (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. *III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona.
- Walker, L.E.** (1984). *The battered woman syndrome*. New York. Springer.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, I.** (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.