



Psychosocial Intervention

ISSN: 1132-0559

pi@cop.es

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid  
España

Catalá-Miñana, Alba; Lila, Marisol; Conchell, Raquel; Romero-Martínez, Ángel; Moya-Albiol, Luis  
¿Se benefician de los programas de intervención que no tratan específicamente el consumo de  
alcohol los maltratadores con problemas de consumo abusivo?

Psychosocial Intervention, vol. 22, núm. 2, agosto, 2013, pp. 135-143

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid  
Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179828053007>

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

redalyc.org

Sistema de Información Científica

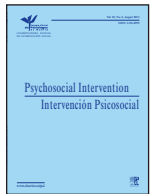
Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



# Psychosocial Intervention

www.elsevier.es/psi



## ¿Se benefician de los programas de intervención que no tratan específicamente el consumo de alcohol los maltratadores con problemas de consumo abusivo?

Alba Catalá-Miñana<sup>a</sup>, Marisol Lila<sup>a</sup>, Raquel Conchell<sup>a</sup>, Ángel Romero-Martínez<sup>b</sup> y Luis Moya-Albiol<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Psicología Social, Universidad de Valencia, España

<sup>b</sup>Departamento de Psicobiología, Universidad de Valencia, España

### INFORMACIÓN ARTÍCULO

#### Historia artículo:

Recibido: 08/09/2012

Aceptado: 13/01/2013

#### Palabras clave:

Abandono de la intervención

Consumo de alcohol

Eficacia intervención con maltratadores

Indicadores de éxito

Violencia contra la pareja

### RESUMEN

En el ámbito de la intervención con maltratadores y de la investigación en torno a la mejora de la efectividad de estas intervenciones el consumo abusivo de alcohol ha sido uno de los factores de riesgo que ha recibido especial atención. El objetivo de este trabajo es analizar la relación entre el consumo abusivo de alcohol, el proceso de cambio debido a la intervención y el abandono prematuro. Para ello se utilizó una muestra de 86 hombres consumidores de riesgo y 80 hombres no consumidores de riesgo, todos ellos condenados por violencia contra la mujer en las relaciones de pareja y participando en un programa de intervención en medio comunitario que no trata específicamente el problema de consumo abusivo de alcohol. Mediante múltiples ANOVA de medidas repetidas los resultados revelan que existe mayor porcentaje de abandonos de la intervención en los consumidores de riesgo. Sin embargo, independientemente de los niveles de consumo de alcohol, con la intervención se obtienen cambios positivos en relación al riesgo de reincidencia y al resto de indicadores de éxito analizados –atribuciones y actitudes hacia la violencia y la mujer, ajuste psicológico y apoyo social. Finalmente se discuten los resultados y sus implicaciones prácticas.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Todos los derechos reservados.

## Do offenders with alcohol problems benefit from non-alcohol oriented batterer intervention programs?

### ABSTRACT

In the field of batterer intervention and research on improving the effectiveness of these interventions, alcohol abuse has been one of the risk factors that has received special attention. The aim of this work is analyze the relationship between alcohol abuse, process of change due to the intervention, and the dropout rate. The sample consisted of 86 risk male consumers and 80 non risk male consumers, all of them sentenced for violence against women and participating in an intervention program in community environment that does not specifically address the problem of alcohol use. Using multiple repeated measures ANOVAs, the results reveal that there is a higher percentage of dropouts from the intervention among risk consumers. However, regardless of alcohol use, participating in the intervention program was associated with positive changes in relation to risk of recidivism and other success indicators analyzed – attributions and attitudes toward violence, psychological adjustment, and social support. Finally, the results and their practical implications are discussed.

© 2013 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. All rights reserved.

#### Keywords:

Dropout

Alcohol

Effectiveness of intervention with partner abusers

Success indicators

Intimate partner violence

Debido a la fuerte asociación mostrada reiteradamente entre consumo abusivo de alcohol y agresión hacia la pareja (Bennett y Williams, 2003; Easton y Sinha, 2002; Goldkamp, Weiland, Collins y White, 1996; Klostermann y Fals-Stewart, 2006; Murphy y Eckhardt, 2005; Murphy y Ting, 2010), se ha propuesto intensificar los esfuerzos por incluir el consumo abusivo de alcohol como un aspecto a tratar de forma paralela a la intervención con maltratadores (Gondolf, 2008b; OMS, 2010; Price y Rosenbaum, 2009). Hasta el momen-

to, parece que el tratamiento del consumo abusivo de alcohol junto con la intervención con maltratadores obtiene mejores resultados que aquellos programas que no consideran el tratamiento de consumo abusivo de alcohol (Klostermann y Fals-Stewart, 2006). Con objeto de profundizar en la relación entre consumo abusivo de alcohol y efectividad de las intervenciones con hombres condenados por violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, en este estudio se analizan las tasas de abandono y los indicadores de cambio de los participantes en un programa para maltratadores que no trata específicamente el problema de consumo abusivo de alcohol.

e-mail: alba.catala@uv.es

### *La eficacia de la intervención con maltratadores e indicadores de éxito*

Uno de los principales objetivos de la intervención con hombres que agreden a su pareja es reducir la probabilidad de que el acto agresivo vuelva a suceder (Coulter y Van de Weerd, 2009). Sin embargo, los resultados relativos a la eficacia de los programas de intervención para maltratadores son controvertidos. Algunos estudios muestran una eficacia moderada (Gondolf, 2004), mientras que otros muestran un efecto pequeño o inexistente (Babcock, Green y Robie, 2004). Además, la tasa de abandono en algunos programas de intervención para maltratadores ronda entre el 40% y el 60% (e.g., Chang y Saunders, 2002). En la evaluación de la eficacia de estos programas, tradicionalmente se han considerado como indicadores de éxito la tasa de abandono prematuro de la intervención y la tasa de reincidencia. Sin embargo, tener en cuenta como indicadores de éxito solamente estos elementos conlleva limitaciones (Bowen, 2011; Edleson, 1996; Gondolf y Foster, 1991; Hamberger y Hastings, 1989; Lila, Oliver, Galiana y Gracia, 2013). Algunos autores destacan la importancia de analizar los cambios producidos en los agresores tras la intervención en otro tipo de variables relacionadas con la violencia contra la pareja (Lee, Uken y Sebold, 2007; Scott, 2004). Entre las variables relevantes en la intervención con maltratadores podemos señalar las siguientes: (1) las atribuciones de culpabilidad y las actitudes tanto hacia las mujeres como hacia la violencia ejercida contra ellas (e.g., Babcock et al., 2004; Flood y Pease, 2009; Gracia, Herrero, Lila y Fuente, 2009; Henning y Holdford, 2006; Pence y Paymar, 1993), (2) el ajuste psicológico de los agresores (e.g., Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Lila, Gracia y Murgui, 2013) y (3) variables contextuales tales como el apoyo social percibido por parte del agresor (e.g., Colvin, Cullen y Vander Ven, 2002; Lila, Oliver, Lorenzo y Catalá, 2013).

Numerosos estudios indican que el mantenimiento de determinadas actitudes hacia las mujeres y hacia la violencia contra la pareja puede predecir un mayor uso de la violencia contra ellas (Capaldi, Knoble Shortt y Kim, 2012; Markowitz, 2001; Pease y Flood, 2008; Valor-Segura, Expósito y Moya, 2011). Por ello, la mayoría de programas de intervención con maltratadores tienen como uno de sus objetivos principales el cambio de actitud de los participantes ante las creencias estereotipadas y rígidas sobre los roles que deben asumir hombres y mujeres (Dankwort y Austin, 1999). Además, es importante conocer la atribución que realiza el maltratador en relación a su propia conducta violenta (Lila, Gracia y Herrero, 2012; Wallach y Sela, 2008). En esta línea, autores como Henning, Jones y Holdford (2005) afirman que los maltratadores tienden a negar, minimizar y externalizar la responsabilidad de su conducta violenta y que, incluso aceptando la responsabilidad de sus actos, tienden a justificarse y externalizar la culpa aludiendo, por ejemplo, a estar sufriendo situaciones estresantes o haber consumido alcohol (ver también Lila et al., 2012). La importancia de conocer la atribución de la responsabilidad realizada por parte de los agresores reside en que la negación, minimización y externalización de la culpa de lo ocurrido se ha considerado un factor de riesgo que incrementa la probabilidad de reincidencia (Henning et al., 2005; Wallach y Sela, 2008).

En segundo lugar, estudios recientes destacan la importancia de fomentar el ajuste psicológico de los hombres que agreden a sus parejas, ya que éste se encuentra relacionado con el éxito de la intervención (Bouman, Schene y Ruiter, 2009; Lila, Gracia et al., 2013). Por ello, adquieren especial relevancia variables de ajuste tales como la autoestima o la sintomatología depresiva. Por una parte, bajos niveles de autoestima se han visto relacionados tanto con las agresiones hacia la mujer como con la violencia mutua en la pareja (Capaldi et al., 2012). Además, en relación al tratamiento, se ha encontrado una relación positiva entre la autoestima y desarrollar acciones para dejar de utilizar la violencia (Hellman, Johnson y Dobson, 2010). Por otra parte, uno de los objetos de evaluación más comunes en los programas de intervención es el malestar psicológico. En este sentido,

algunos estudios han hallado mayores niveles de depresión en maltratadores que en no maltratadores y se ha relacionado la sintomatología depresiva con la violencia hacia la pareja (Capaldi et al., 2012; Dinwiddie, 1992; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Graham, Bernards, Flynn, Tremblay y Wells, 2012; Kim y Capaldi, 2004). En un estudio de Echeburúa y Fernández-Montalvo (2009), aquellos usuarios con mayores niveles de sintomatología depresiva obtuvieron peores resultados en la intervención.

En tercer lugar, el apoyo social podría disminuir el nivel de malestar en las relaciones de pareja, ya que la percepción de contar con apoyo puede influir de manera positiva en la respuesta emocional a los eventos vitales estresantes y en la evaluación de las consecuencias relacionadas con esos eventos (Fortin, Guay, Lavoie, Boisvert y Beaudry, 2012; Lila et al., 2013). Algunos autores afirman que las variables contextuales, entre las que se encuentra el apoyo social tanto a nivel formal como informal (familia, red social, vecindario o instituciones), pueden influir en la violencia ejercida contra la mujer (Pease y Flood, 2008; Smith Slep, Foran, Heyman y Snarr, 2010). Existe evidencia de que la baja eficacia colectiva, pobre control social y alto desorden social se relaciona con la violencia contra la pareja (Gracia y Herrero, 2007; Gracia, Herrero et al., 2009; Rothman et al., 2011). En definitiva, según un reciente meta-análisis acerca de los factores de riesgo de la violencia de pareja, el apoyo social puede ser un factor protector tanto para la agresión como para la victimización en la violencia contra la pareja (Capaldi et al., 2012).

### *El alcohol como factor de riesgo de la violencia contra la mujer en las relaciones de pareja*

Como señala Gondolf (2004), es imprescindible replantearse la metodología utilizada para evaluar los programas de intervención con maltratadores y encontrar formas de mejorarla. Es necesaria una evaluación que identifique aquellas disfunciones en los maltratadores que puedan influir en la eficacia de la intervención, esto es, necesidades, carencias y déficits asociados a la violencia contra la pareja. El conocimiento de los factores de riesgo puede ayudar a diseñar y desarrollar mejores estrategias de intervención y prevención (OMS, 2010).

Éste es el caso del abuso de alcohol, que se ha identificado de forma consistente como uno de los factores que aumentan el riesgo de agresión hacia la pareja (Bennett y Williams, 2003). Se ha observado reiteradamente que un alto porcentaje de maltratadores abusan del alcohol, aproximadamente entre el 50% y el 60% de los agresores (e.g., Bennett y Williams, 2003; Klostermann y Fals-Stewart, 2006). En una revisión de 11 estudios realizada por Gil-González, Vives-Cases, Álvarez-Dardet y Latour-Pérez (2006), se concluyó que el consumo de riesgo de alcohol aumentaba 4.6 veces las probabilidades de ejercer violencia contra la pareja comparado con el consumo leve o la abstinencia. Algunos autores señalan que existen muchas similitudes entre el colectivo de hombres con problemas de abuso de alcohol y el de hombres que ejercen violencia contra sus parejas. Entre ellas se encuentran la tendencia al aislamiento social y a padecer problemas mentales, además de una elevada necesidad de control y el uso de mecanismos de defensa, tales como la negación, la minimización o la racionalización (Gondolf, 1995; Ladd y Petry, 2003; Thomas y Bennett 2009). Debido a esta relación, Thomas y Bennett (2009) concluyen que para una evaluación completa del maltratador, es necesario realizar el cribado de abuso de sustancias, lo que permitiría a los profesionales desarrollar una intervención adecuada a las características individuales.

### *Intervención con maltratadores con problemas de consumo abusivo de alcohol*

Debido a la fuerte asociación mencionada entre violencia hacia la pareja y abuso de alcohol surge la necesidad de considerar este con-

sumo en los programas de intervención con hombres penados por violencia contra la mujer (Murphy y Eckhardt, 2005). Si este factor interactúa con la ocurrencia de la violencia, tenerlo en cuenta a la hora de intervenir con los maltratadores podría aportar mayor efectividad al tratamiento (Coulter y Van de Weerd, 2009). Además, se considera que es necesario abarcarlo desde una visión multi-causal y valorar el problema en cada caso particular (Murphy y Eckhardt, 2005).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) contempla, entre las estrategias de prevención de la violencia contra la mujer, la reducción del uso perjudicial del alcohol (OMS, 2010). El tratamiento de abuso de esta sustancia está siendo incorporado en algunos programas de intervención con maltratadores (Gondolf, 2008b; Price y Rosenbaum, 2009), en los que tratan de ofrecer servicios adicionales a los usuarios con el fin de realizar una intervención integral de la persona (Mederos, 2002). Incluso han surgido programas de intervención para intervenir en ambos tipos de problemas simultáneamente (Easton y Sinha, 2002; Goldkamp et al., 1996). La idea que subyace es que, además de cubrir las necesidades de intervención de la mayoría de agresores, se deberían contemplar objetivos específicos para los subgrupos de población de alto riesgo, por lo que habría que diseñar estrategias dirigidas a las minorías con características diferenciadas. Los resultados de algunos estudios señalan que la intervención especializada en función de las características de los subgrupos produce efectos más positivos (Coulter y Van de Weerd, 2009).

La investigación realizada hasta el momento en relación al tratamiento del abuso de alcohol en hombres en intervención por violencia contra la pareja apunta a que aumenta la probabilidad de obtener resultados positivos tras la intervención: menor reincidencia en conductas violentas, menor consumo de alcohol y mayor beneficio derivado de la intervención para aquellos que reciben tratamiento para el consumo de alcohol en comparación con los que no lo reciben (Easton y Sinha, 2002; Goldkamp, 1997; Klostermann y Fals-Stewart, 2006; Murphy y Ting 2010). Igualmente, se ha relacionado el abuso de alcohol con la tasa de abandono de los programas de intervención con maltratadores, de manera que los que no finalizan el programa tienen mayor probabilidad de tener problemas de consumo (Hamberger y Hastings, 1989). En la misma línea, Gondolf (2008a) destaca que encontrarse en estado de embriaguez al menos una vez al mes supone un factor predictor del abandono de la intervención. La elevada tasa de abandono es uno de los principales problemas de los programas de intervención con hombres maltratadores (Gondolf y Foster, 1991; Hamberger y Hastings, 1989), en la medida en que los participantes que no acaban la intervención presentan mayor probabilidad de reincidencia que aquellos que la completan (Bennett, Stoops, Call y Flett, 2007; Hamberger y Hastings, 1988).

Sin embargo, otros programas de intervención apuestan por una intervención de carácter integral, teniendo en cuenta las diferentes circunstancias de los usuarios, sin considerar específicamente el consumo de alcohol, a pesar de contar con participantes con problemas de consumo (e.g., Lila, Catalá et al., 2010). Muchos de estos programas consideran la violencia contra la pareja como un problema multideterminado y pueden tratar el consumo de alcohol de manera puntual y no como objetivo específico de la intervención (Lila, Catalá et al., 2010; Price y Rosebaum, 2009). Hasta el momento, algunos estudios presentan resultados más positivos en programas de maltratadores con el consumo de alcohol como uno de los objetivos de intervención (Klostermann y Fals-Stewart, 2006). Surge, por tanto, la necesidad de analizar si el consumo abusivo de alcohol dificulta la obtención de resultados positivos en la intervención con hombres maltratadores en los programas que no abordan esta problemática específicamente frente a los que sí que lo tienen en cuenta.

En este trabajo, con el fin de profundizar en esta relación entre consumo abusivo de alcohol y efectividad de la intervención con hombres maltratadores, se plantean dos objetivos: (1) analizar si la probabilidad de abandono en un programa de intervención para mal-

tratadores, que no cuenta con el consumo de alcohol como objetivo de intervención, varía en función de la presencia/ausencia de consumo de riesgo de alcohol y (2) evaluar si el éxito de la intervención (cambio en las variables indicadoras de éxito) varía en función de la presencia/ausencia de consumo de riesgo de alcohol. La literatura existente nos lleva a plantearnos como hipótesis de partida que existirá un mayor número de abandonos en el subgrupo de consumidores de riesgo de alcohol y que los consumidores de riesgo obtendrán menos resultados positivos tras la intervención.

## Método

### Participantes

La muestra se compuso de 166 hombres penados por violencia contra la pareja, usuarios de un programa de intervención para maltratadores, 86 hombres que mostraron indicios de consumo abusivo de alcohol y 80 hombres que no mostraban indicios de consumo abusivo. De la muestra total, 126 finalizaron la intervención, de los que aproximadamente el 47% mostraron indicios de consumo abusivo de alcohol.

El grupo de consumidores de riesgo de alcohol (CR) presentaba una media de edad de 37.12 años ( $DT = 9.58$ ), siendo el 56.63% inmigrantes. En cuanto al estado civil, encontramos que un 23.81% estaban casados, el 30.95% eran solteros, el 44.05% estaban separados o divorciados y el 1.19 % eran viudos. En relación al nivel de estudios completados, el 8.33% no tenían estudios, el 52.38% tenían estudios primarios, el 29.76% habían completado estudios secundarios y el 9.52% contaban con estudios universitarios. Por último, en cuanto al estatus socioeconómico y laboral, el 62% informaron ingresar en el hogar menos de 12.000 euros anuales y el 34.94% estaban desempleados.

La media de edad del grupo de participantes considerados como no consumidores de riesgo de alcohol (NCR) fue de 40.5 años ( $DT = 12.7$ ), siendo el 37.5% inmigrantes. En relación al estado civil, el 24.05% estaban casados, el 40.51% eran solteros, el 34.18% estaban separados o divorciados y el 1.27% eran viudos. Respecto al nivel de estudios completados, el 8.86% no tenían estudios, el 45.57% finalizaron los estudios primarios, el 35.44% obtuvieron estudios secundarios y el 10.13% completaron estudios universitarios. En cuanto al estatus socioeconómico y laboral, el 56% informaron ingresar en el hogar menos de 12.000 euros anuales y el 43.04% estaban desempleados.

Tras proceder a la comparación entre los dos grupos en relación a las variables sociodemográficas, se constató que no existían diferencias significativas entre ambos grupos excepto en el estatus de español-inmigrante. En este caso, se observó un mayor porcentaje de inmigrantes en el grupo de consumidores de riesgo de alcohol que en el de no consumidores de riesgo  $\chi^2(1) = 5.98, p < .05$ , con un tamaño del efecto entre pequeño y moderado ( $\phi = .19$ ).

### Procedimiento

Los participantes en este estudio formaban parte de un conjunto de usuarios que acudieron a un programa de intervención para hombres penados por violencia contra la mujer. El diseño del programa no contaba con el tratamiento del consumo abusivo de alcohol como objetivo específico de intervención. Los participantes fueron remitidos por Servicios Sociales Penitenciarios y a todos ellos se les había suspendido la condena de prisión por violencia de género por ser esta menor a dos años y no contar con antecedentes penales. Uno de los requisitos de obligado cumplimiento era su asistencia a un programa de reeducación para maltratadores. Por lo tanto, todos los usuarios acudían a la intervención de manera obligatoria, como parte del cumplimiento de dicha pena. La recogida de datos se realizó en dos fases como parte del protocolo de evaluación del programa y tras

firmar el consentimiento informado de utilización de los datos. La primera recogida de datos (tiempo 1) se realizó en la *fase de evaluación* del programa, previa al inicio de la intervención. Tras completar el tratamiento, se realizó una evaluación final como parte del procedimiento estandarizado (tiempo 2). Finalmente, se excluyeron los casos que causaron baja en el programa por motivos de fuerza mayor (e.g., cambio de residencia).

#### Programa de intervención

El programa de intervención es aplicado por dos coordinadores/as en grupos de 10-12 personas y en sesiones de dos horas semanales. Las sesiones de intervención se realizan durante 9 meses aproximadamente. Dicho programa se divide en *fase de evaluación*, *fase de intervención* y *fase de seguimiento*. La *fase de evaluación* consiste en un pase de cuestionarios, tres entrevistas individuales (una entrevista de recogida de datos en profundidad y dos entrevistas motivacionales) y la valoración del riesgo de reincidencia del participante (ver Lila, Oliver, Lorenzo y Catalá, 2013). Los usuarios son citados en grupos de 10-12 personas y la primera vez que acuden al programa cumplimentan, como parte del protocolo, una batería de cuestionarios entre los que se encuentran los utilizados para este trabajo. La administración de los cuestionarios se realiza con el propósito de explorar todos los niveles que pueden influir en la conducta según el *modelo ecológico* (Bronfenbrenner, 1979), en los niveles individual, interpersonal, situacional y macrosocial, ya que dichos niveles son tratados posteriormente en la *fase de intervención*. La intervención se aplica desde una perspectiva ecológica, en la que se trabajan tanto aspectos individuales (e.g., asunción de responsabilidad, ajuste psicológico, actitudes hacia la violencia contra la pareja), como aspectos contextuales (e.g., apoyo social del entorno más cercano y la comunidad). Tras finalizar la fase de intervención se procede a cumplimentar una batería de cuestionarios también como parte del protocolo del programa y comienza la *fase de seguimiento*, de 18 meses de duración (ver Lila, Catalá et al., 2010; Lila, García y Lorenzo, 2010).

#### Medidas

##### Datos sociodemográficos

Se recogieron datos referidos a la edad, la nacionalidad, el estado civil (codificado en las siguientes categorías: 1 = *casado o en pareja*, 2 = *soltero*, 3 = *separado*, 4 = *divorciado* y 5 = *viudo*), el nivel de estudios (que se codificó de acuerdo con las siguientes categorías de respuesta: 1 = *sin estudios*, 2 = *primarios*, 3 = *secundarios* y 4 = *universitarios*), el nivel socioeconómico (categorizado por rangos de ingresos anuales en el hogar desde 1 = *menos de 1.800 euros* hasta 12 = *más de 120.000 euros*) y la situación laboral (1 = *empleado* y 2 = *desempleado*).

##### Abandono del programa de intervención

Se contabilizaron los usuarios que abandonaban el programa durante las fases de evaluación e intervención.

##### Consumo abusivo de alcohol

Para evaluar el consumo abusivo de alcohol se utilizó el *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT, Babor y Grant, 1989; versión española validada por Contel, Gual y Colom, 1999). Test de cribado (*screening*) sobre consumo de alcohol, compuesto por 10 ítems, que detecta el consumo de riesgo y perjudicial de alcohol, así como una posible dependencia. Se dan 3 ó 4 opciones de respuesta en cada ítem relacionadas con la frecuencia. Se centra en el consumo reciente y mayor puntuación implica mayor riesgo de consumo abusivo de alcohol. Se recomienda como punto de corte una puntuación igual o mayor a 8, a partir de la cual se considera que el participante consume alcohol de manera perjudicial y con riesgo de padecer una adicción (Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente y Grant, 1993). La con-

sistencia interna hallada en nuestro estudio fue adecuada tanto en tiempo 1 ( $\alpha = .78$ ) como en tiempo 2 ( $\alpha = .80$ ).

##### Atribuciones y actitudes hacia la violencia contra la pareja

Para evaluar el cambio en atribuciones relativas a las causas de la conducta violenta por parte de los maltratadores, así como sus actitudes hacia la mujer y hacia la utilización de la violencia en las relaciones de pareja, se utilizaron las siguientes escalas e indicadores:

*Escala de gravedad percibida de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja* (Gracia, García y Lila, 2008, 2009, 2011). Evalúa la gravedad percibida ante las situaciones de violencia en las relaciones de pareja. Se compone de la descripción de 8 situaciones hipotéticas que representan casos de violencia contra la mujer. Se contesta en una escala de 0 a 10 donde las puntuaciones más altas representan una mayor gravedad percibida de los incidentes. El índice de consistencia interna fue de .62 en el tiempo 1 y .71 en el tiempo 2.

*Tolerancia hacia la violencia contra la pareja* (Gracia y Herrero, 2006). Se registró la tolerancia hacia la violencia contra la pareja mediante la siguiente pregunta: "¿En qué circunstancias considera usted que una mujer debería denunciar por malos tratos a su pareja?". Las categorías de respuesta fueron: 1 = *tan pronto se sienta amenazada por su pareja, aunque no hayan agresiones físicas*, 2 = *tan pronto cuando haya una agresión, aunque ésta no sea grave*, 3 = *sólo cuando haya una agresión grave*, 4 = *no deberían denunciarse las agresiones entre parejas*. Mayor puntuación implica mayor tolerancia.

*Sexismo ambivalente* (ASI; Glick y Fiske, 1996), versión española adaptada por Expósito, Moya y Glick (1998). Cuestionario que consta de 22 ítems con respuesta en escala tipo Likert de 6 puntos. Evalúa el sexismo ambivalente, definido como una ideología compuesta por prejuicios hacia la mujer. La escala está compuesta por dos factores: *sexismo hostil* y *sexismo benevolente*. Mayor puntuación implica mayor nivel de sexismo. La consistencia interna hallada fue alta para ambos factores ( $\alpha = .89$  y  $\alpha = .80$  respectivamente para el tiempo 1,  $\alpha = .92$  y  $\alpha = .71$  respectivamente para el tiempo 2).

*Escala de atribución de responsabilidad* (Lila, Gracia y Herrero, 2012). Escala que consta de 14 ítems con respuestas en escala tipo Likert de 5 puntos, para evaluar dónde sitúan los penados por violencia contra la mujer la culpa de la situación que los llevó a ser condenados. Mide 3 componentes: (a) *atribución de la culpa al sistema legal y las falsas denuncias*, (b) *auto-atribución de la culpa* y (c) *culpabilización de la víctima*. La consistencia interna de los factores varió entre .65 y .73 tanto en tiempo 1 como en tiempo 2.

##### Ajuste psicológico

Para evaluar el cambio en el ajuste psicológico de los participantes se incluyeron dos medidas de ajuste psicológico que evalúan sintomatología depresiva y autoestima respectivamente:

*CESD-7* (*Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale*, Herrero y Gracia, 2007). Se trata de una versión breve de 20 ítems del CES-D (Radloff, 1977) compuesta por los 7 ítems más efectivos para diferenciar las personas deprimidas de las no deprimidas. Pretende identificar indicios de sintomatología depresiva en personas sin diagnóstico clínico. Se contesta en una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos. La consistencia interna que se obtuvo fue de .84 en tiempo 1 y .86 en tiempo 2. A mayor puntuación, mayor índice de riesgo de padecer depresión.

*Escala de Autoestima* (Rosenberg, 1989; versión española de Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Esta escala evalúa la autoestima a través de 10 ítems de respuesta tipo Likert de cuatro puntos, referidos a sentimientos globales de aprecio y aceptación de uno mismo. La consistencia interna de la escala hallada en este trabajo fue .73 tanto en tiempo 1 como en tiempo 2. Mayor puntuación supone mayor nivel de autoestima.



### Apoyo social

Para valorar el cambio en los niveles de apoyo, se utilizaron las siguientes escalas:

*Apoyo social íntimo* (Lin, Dean y Ensel, 1986; versión española en Herrero, Fuente y Gracia, 2011; Herrero, Gracia, Fuente y Lila, 2012). Se trata de una escala unidimensional de 3 ítems que evalúa la percepción que el participante tiene de poseer apoyo social de personas cercanas a él, tales como pareja, familiares y amistades. El formato de respuesta es de tipo Likert de 5 puntos, con una consistencia interna para este trabajo de .61 en tiempo 1 y .71 en tiempo 2, donde mayor puntuación significa mayor percepción de apoyo proporcionado por las relaciones íntimas y de confianza.

*Apoyo Social Comunitario* (Gracia y Herrero, 2006; Herrero y Gracia, 2007). Instrumento que evalúa el apoyo que el participante percibe por parte de la comunidad y del entorno en el que vive, mediante 4 dimensiones, en 3 subescalas: *integración comunitaria*, *participación en la comunidad*, *apoyo social de los sistemas informales* y *apoyo social de los sistemas formales*. Se evalúa mediante respuestas tipo Likert de 5 puntos. La consistencia interna varió entre .64 y .82 en tiempo 1 y entre .64 y .77 en tiempo 2.

### Riesgo de reincidencia

Para evaluar si se produce cambio tras la intervención en la valoración del riesgo de reincidencia se utilizó la *Spousal Assault Risk Assessment Guide* (SARA, Kropp y Hart, 2000; versión española de Andrés-Pueyo y López, 2005). Protocolo cumplimentado a partir de la observación y seguimiento sistemático de los participantes por parte de los evaluadores. Se trata de un protocolo compuesto de 20 ítems-factores de riesgo de reincidencia en la violencia contra la pareja, que se agrupan en cuatro bloques: *historial delictivo*, *ajuste psicosocial*, *historia de violencia de pareja* y *delito/agresión actual*. Mayor puntuación implica mayor acumulación de factores de riesgo.

### Análisis de datos

En primer lugar, se dividió la muestra total en consumidores y no consumidores de riesgo de alcohol según las puntuaciones obtenidas en el test AUDIT y utilizando como punto de corte el recomendado por los autores. Se comparó las características sociodemográficas de ambos grupos para detectar posibles diferencias. Las comparaciones fueron realizadas mediante ANOVA y pruebas ji-cuadrado según la naturaleza de las variables. Posteriormente, se realizó una prueba ji-cuadrado para la comparación entre ambos grupos en la variable *abandono del programa* y se realizó una regresión logística univariante con el nivel de *consumo de alcohol* como variable independiente y el *abandono del programa* como variable dependiente, con el propósito de hallar el valor predictivo. Tras estos análisis, se procedió a ejecutar múltiples ANOVA de medidas repetidas con los participantes que finalizaron la intervención ( $n = 126$ ), uno por cada variable de cambio considerada, de manera que la variable indicador de cambio se introdujo como variable intra-sujeto comparando la puntuación obtenida en tiempo 1 y tiempo 2, y la variable *consumo de riesgo de alcohol* como variable entre-sujetos. El consumo de alcohol también se contrastó mediante el mismo procedimiento. Por último, se repitió el procedimiento de los ANOVA de medidas repetidas añadiendo la variable *estatus español/inmigrante* como segunda variable entre-sujetos, debido a las diferencias halladas entre ambos grupos y con el fin de contrastar los cambios en los resultados.

### Resultados

Para atender al primer objetivo, analizar si la probabilidad de abandono en un programa de intervención para maltratadores varía en función de la presencia/ausencia de consumo de riesgo de alcohol, se comparó el grupo de consumidores de riesgo y el de no consumidores de riesgo de alcohol en cuanto al abandono del programa de

intervención:  $\chi^2(1) = 5.198$ ,  $p < .05$ . Los resultados obtenidos indican que el porcentaje de abandonos antes de finalizar la intervención es significativamente mayor en el grupo de CR (31.4%) que en el de NCR (16.3%), con un tamaño del efecto entre pequeño y moderado ( $\phi^2 = .18$ ). Tras realizar una regresión logística con la variable cuantitativa *consumo de alcohol* como variable independiente, se constató que existe una relación positiva con al abandono de la intervención ( $W = 6.82$ ,  $OR = 1.073$ , IC 95% [1.018, 1.131]). De esta manera, el aumento de una unidad en el consumo de alcohol supone, con respecto a los participantes que finalizan la intervención, aumentar en un 7.3% las probabilidades de encontrarse entre los participantes que abandonan el programa.

Respecto al segundo objetivo, evaluar si el éxito de la intervención varía en función de la presencia/ausencia de consumo de riesgo de alcohol, y tras realizar los ANOVA de medidas repetidas con la submuestra que finalizó la intervención ( $n = 126$ ), se encontró que, en cuanto al cambio en el nivel de *consumo de alcohol*, se produjo una reducción del consumo tras la intervención como efecto principal:  $F(1, 110) = 18.659$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .15$  y en la interacción con el *consumo/no consumo de riesgo de alcohol*:  $F(1, 110) = 31.474$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .22$ . Tras analizar la interacción, se observa una reducción del consumo en los CR: [ $M T1 = 13.08$ ,  $DT = 4.99$ ], [ $M T2 = 8.64$ ,  $DT = 5.88$ ],  $F(1, 110) = 46.794$ ,  $p < .001$ ,  $\eta^2 = .3$ , pero no en los NCR: [ $M T1 = 2.34$ ,  $DT = 1.99$ ], [ $M T2 = 2.92$ ,  $DT = 3.29$ ],  $F(1, 110) = .880$ ,  $p = .35$ .

En cuanto a los efectos principales en las variables indicadoras de éxito, tal y como muestra la tabla 1, se observaron cambios tras la intervención en la dirección esperada en algunas de las variables. En cuanto a las actitudes hacia la violencia contra la pareja, se produjo un aumento de la *gravedad percibida de la violencia contra la mujer* y una reducción de la *tolerancia hacia la violencia de pareja*, del *sexismo hostil y benevolente* y de la *atribución de responsabilidad* tanto a la víctima como al sistema legal. En cuanto al ajuste psicosocial, se redujo significativamente la *sintomatología depresiva*. En relación al apoyo social, hubo un aumento de la *participación en la comunidad* y del *apoyo percibido de los sistemas informales* tras finalizar la intervención. Por último, se produjo una reducción significativa del *riesgo de reincidencia*. No se observaron cambios tras el tratamiento en los niveles de *autoestima*, en la *atribución de responsabilidad al contexto personal*, en la *percepción de apoyo íntimo*, en la *integración en la comunidad* y en la *percepción de apoyo de los sistemas formales*. El tamaño del efecto para los cambios significativos se mantuvo entre pequeño y moderado, siendo el tamaño del efecto del cambio producido en el *riesgo de reincidencia* el más elevado.

En cuanto a las interacciones de las variables descritas con el *consumo de riesgo de alcohol*, cabe destacar que no se observó ninguna interacción significativa (ver resultados en tabla 1). Finalmente, se replicaron los análisis añadiendo la variable *estatus de español/inmigrante* como variable entre-sujeto, tras lo que se observó que no producía cambios en los resultados.

### Discusión

La finalidad de este trabajo era doble. Por un lado, se pretendía comprobar si la probabilidad de abandono en un programa de intervención para maltratadores varía en función de la presencia/ausencia de consumo de riesgo de alcohol. Por otro lado, se quería comprobar si el éxito de la intervención varía en función de la presencia/ausencia de consumo de riesgo de esta sustancia. Los resultados obtenidos han sido en parte acordes con las expectativas previas, aunque algunos de los resultados contrastan con la literatura revisada.

En relación al primer objetivo (comprobar si la probabilidad de abandono en un programa de intervención para maltratadores varía en función de la presencia/ausencia de consumo de riesgo de alcohol), los resultados revelan que existe mayor probabilidad de abandonar el programa de intervención de manera prematura si existen mayores niveles de consumo de alcohol. Este resultado es coherente

**Tabla 1**

ANOVA de medidas repetidas de las variables indicadores de cambio en interacción con el consumo de riesgo

	<i>M(DT)</i> T1	<i>M(DT)</i> T2	<i>F</i>	$\eta^2$
Depresión	13.84 (5.33)	12.48 (6.63)	7.327**	.065
Depresión x consumo			0.385	.004
Autoestima	31.33 (4.51)	31.41 (4.10)	0.052	.001
Autoestima x consumo			1.308	.013
AR <sup>a</sup> legal	16.33(5.65)	14.22(5.46)	15.291***	.126
AR <sup>a</sup> legal x consumo			0.000	.000
AR <sup>a</sup> contexto personal	11.68(4.87)	11.67(5.05)	0.000	.000
AR <sup>a</sup> contexto personal x consumo			1.026	.009
AR <sup>a</sup> víctima	9.19(3.46)	7.67(3.41)	20.012***	.160
AR <sup>a</sup> víctima x consumo			0.459	.004
Gravedad	68.37(11.56)	71.32(13.27)	5.185*	.047
Gravedad x consumo			0.052	.000
Tolerancia	1.68(.79)	1.39(.62)	14.776***	.119
Tolerancia x consumo			0.339	.003
S <sup>b</sup> hostil	2.71(1.14)	2.3(1.11)	9.364**	.131
S <sup>b</sup> hostil x consumo			1.437	.023
S <sup>b</sup> benevolente	3(1.04)	2.61(1.04)	11.954***	.157
S <sup>b</sup> benevolente x consumo			0.423	.007
Apoyo íntimo	10.26(3.29)	10.53(3.12)	0.584	.005
Apoyo íntimo x consumo			2.936	.026
Integración	13.83(3.44)	13.81(2.77)	0.972	.000
Integración x consumo			0.529	.004
Participación	13.88(5.16)	15.24(3.98)	8.742**	.074
Participación x consumo			1.273	.011
Sistemas informales	18.17(4.83)	19.22(3.31)	3.884*	.034
Sistemas informales x consumo			2.169	.019
Sistemas formales	14.47(3.64)	14.86(3.18)	1.113	.010
Sistemas formales x consumo			0.018	.000
Riesgo de reincidencia	7.13(4.83)	5.6(4.03)	22.613***	.181
R <sup>c</sup> reincidencia x consumo			0.345	.009

\*  $p \leq .05$ , \*\*  $p \leq .01$ , \*\*\*  $p \leq .001$ ; <sup>a</sup> atribución de la responsabilidad, <sup>b</sup> sexismo, <sup>c</sup> riesgo

con la literatura científica previa (e.g., Gondolf, 2008a; Hamberger y Hastings, 1989). Además, adquiere especial relevancia si se tiene en cuenta que el abandono prematuro del programa está relacionado con una mayor probabilidad de reincidencia (Hamberger y Hastings, 1988). Por ello, una primera implicación práctica que se deriva de nuestros resultados es la importancia de favorecer estrategias específicas de adherencia a la intervención en el colectivo de hombres consumidores de riesgo de bebidas alcohólicas. Este resultado sintoniza con la recomendación de diseñar la intervención de manera que se cubran las necesidades concretas de los distintos subgrupos de agresores (e.g., Coulter y Van de Weerd, 2009).

En cuanto al segundo objetivo (comprobar si el cambio en las variables indicadoras de éxito varía en función de la presencia/ausencia de consumo de riesgo de alcohol) observamos que tanto en la valoración del riesgo de reincidencia como en muchas de las variables criterio de cambio se produce una variación positiva en la muestra general tras finalizar la intervención. Así, se observa una reducción de la tolerancia hacia la violencia contra la pareja, del sexismo hostil y benevolente, de la atribución de la responsabilidad de lo ocurrido al sistema legal y a la víctima y de los síntomas depresivos. Además, se observa un aumento de la gravedad percibida de la violencia contra la

pareja, de la participación en la comunidad y de la percepción de apoyo por parte de los sistemas informales (entendidos éstos como todo tipo de asociaciones, organizaciones, clubes de ocio, etc. pertenecientes a la comunidad y que ofrecen apoyo a los integrantes de esta más allá de las instituciones oficiales creadas con dicho objetivo).

Los cambios producidos pueden favorecer la reducción de la conducta violenta contra la mujer. En primer lugar, disminuyen las actitudes favorables a la violencia (gravedad percibida y tolerancia de la violencia contra la pareja), el sexismo (hostil y benevolente) y la atribución externa de los hechos ocurridos (atribución al sistema legal y a la víctima). Estas variables están íntimamente ligadas a la violencia contra la mujer y son objetivos fundamentales de la intervención con maltratadores (e.g., Dankwort y Austin, 1999; Wallach y Sela, 2008). En segundo lugar, la disminución de sintomatología depresiva en los participantes indica un mayor ajuste psicológico, lo que podría traducirse en un menor riesgo de ejercer violencia (Dinwiddie, 1992; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Lila, Gracia et al., 2013; Novo, Fariña, Seijo y Arce, 2012). En tercer lugar, se observa un aumento de la participación de los usuarios en la comunidad y la percepción de apoyo de los sistemas informales. Este cambio podría favorecer la reducción del aislamiento y la posibilidad de obtener otras

fuentes de información acerca de cómo resolver los conflictos, además de tener la oportunidad de obtener ayuda instrumental y emocional. Se trata, por tanto, de un factor protector de la violencia contra la mujer (Colvin et al., 2002). Por último, se observa una clara reducción del riesgo de reincidencia, uno de los objetivos fundamentales de los programas de intervención (Coulter y Van de Weerd, 2009). En definitiva y tal como se observa en estudios previos (Conchell, Lila y Catalá-Miñana, 2012), se puede afirmar que se producen cambios positivos tras la intervención.

Sin embargo, no se observa cambio en algunos aspectos como la atribución de la responsabilidad al contexto personal, los niveles de autoestima, la percepción de apoyo de personas cercanas, la integración en la comunidad o la percepción de apoyo por parte de los sistemas formales. En cuanto a la atribución de responsabilidad al contexto personal, los resultados indican la necesidad de mejorar las estrategias de intervención en esta cuestión y clarificar si la atribución se realiza a uno mismo o a las circunstancias que le rodean, tal como apuntan estudios previos (Henning et al., 2005), hecho que podría distorsionar los resultados. En relación a la autoestima, el objetivo de la intervención es conseguir el nivel de autoestima que favorezca el ajuste psicológico, por lo que las puntuaciones medias finales pueden verse compensadas entre los que muestran un aumento y una disminución de la autoestima (Conchell et al., 2012). No obstante, sería una cuestión a analizar en profundidad en futuros trabajos. Por otro lado, la discrepancia en los resultados de los diferentes tipos de apoyo muestra la necesidad de mejorar las estrategias de intervención dirigidas a potenciar el apoyo social en sus diversas facetas. Sería conveniente analizar en futuros trabajos si el fomento de la percepción del apoyo social a varios niveles (apoyo de personas cercanas, en la comunidad, etc.) disminuiría las probabilidades de ejercer la violencia, actuando como factor protector (Colvin et al., 2002).

En contra de lo esperado, en ninguno de los casos se observa una interacción con el consumo problemático de alcohol, por lo que los resultados obtenidos tras la intervención no difieren por el hecho de ser consumidor de riesgo de alcohol (ver Gondolf, 2008b o Price y Rosenbaum, 2009 para resultados divergentes). Estos resultados conllevan importantes implicaciones prácticas, ya que podemos concluir que si este subgrupo de mayor riesgo consigue finalizar el programa, obtiene resultados similares a aquellos que no tienen un consumo problemático de alcohol. Si se confirmaran estos resultados en futuros estudios, habría que cuestionarse en qué medida debería incluirse el consumo de alcohol como objeto de intervención específico en los programas para hombres que utilizan la violencia contra su pareja, ya que no parecen haber diferencias en los resultados. Sin embargo, debemos ser cautelosos con los resultados obtenidos, ya que el hecho de no encontrar diferencias puede deberse al carácter integral de la intervención. El tratamiento aplicado ha sido diseñado teniendo en cuenta las diversas situaciones personales que puedan estar influyendo en el riesgo de reincidencia y entre las que podría encontrarse el consumo problemático de alcohol. Además, debido a este diseño de tratamiento se les recomienda a los participantes con este tipo de problema acudir a programas para tratar el consumo problemático de alcohol específicamente. Por todo ello, sería conveniente analizar el efecto del consumo de esta sustancia en intervenciones con maltratadores menos integradoras.

Al analizar el comportamiento de la variable *consumo de alcohol* tras la intervención, observamos que se produce una reducción significativa en el grupo de consumidores de riesgo. Cabe destacar, además, que el tamaño del efecto de esta reducción se considera grande; de hecho es más elevado que en el resto de cambios producidos. Este resultado podría reflejar que el consumo de alcohol y la violencia contra la pareja tienen en común la ausencia de estrategias de afrontamiento saludables. Como el entrenamiento en formas saludables de resolver los conflictos es uno de los objetivos del programa, este hecho podría explicar por qué se reduce el consumo de alcohol de forma tan significativa en la muestra aunque no se haya trabajado

durante la intervención. Si se trabaja otro tipo de variables y se enfatizan formas saludables de resolver los conflictos el consumo de alcohol como forma de enfrentarse a los problemas o de evadirse de ellos ya no resultaría necesario. Además, el hecho de que se reduzca el consumo de alcohol puede ser la explicación de por qué no existen diferencias entre ambos grupos en los resultados obtenidos. Sería recomendable explorar si estas similitudes se deben a que paralelamente se reduce el consumo de alcohol, lo que iría en consonancia con estudios previos que indican que la reducción del consumo de alcohol produce cambios positivos en la intervención con hombres penados por violencia contra la mujer (e.g., Klostermann y Fals-Stewart, 2006).

En este trabajo los resultados obtenidos tras la intervención no difieren en función de la existencia de consumo abusivo del alcohol. Sin embargo, dicho consumo sí que parece ser un predictor del abandono del programa. Esto podría indicar que, más allá del diseño de intervenciones específicas vinculadas con el consumo de alcohol, los esfuerzos deberían ir dirigidos prioritariamente a crear estrategias de adherencia al programa específicas para este colectivo, ya que si se consigue que finalicen la intervención los resultados son similares a los obtenidos por los no consumidores.

Este trabajo tiene una serie de limitaciones a tener en cuenta. En primer lugar, el tamaño de la muestra es reducido y sería interesante comprobar los resultados obtenidos en muestras más amplias. En segundo lugar, aunque el consumo de alcohol no es un objetivo de intervención en el programa aplicado en este estudio, podría estarse tratando de forma indirecta, a través de la norma explícita del programa de no consumir bebidas alcohólicas para acudir a las sesiones, o como objetivo individual a tratar en el plan motivacional. Este efecto no ha sido controlado en nuestro estudio. Por último, una limitación importante es que no se cuenta con los datos de segundo tiempo del grupo que ha abandonado el programa antes de acabar la intervención, lo que hubiera incrementado la fiabilidad de los resultados.

Para finalizar, es importante destacar que con este trabajo se subraya la importancia de tener en cuenta el consumo de alcohol en los programas de intervención para maltratadores (Thomas y Bennett, 2009). Sin embargo, a la luz de los resultados, esta consideración resulta relevante para planificar estrategias de adherencia al programa y no tanto para diseñar estrategias de intervención específicas. Debido a que la tasa de abandono de los programas es uno de los problemas que más preocupan a los profesionales del ámbito (Gondolf y Foster, 1991; Hamberger y Hastings, 1989), parece ser que poner especial atención en aquellos que realizan un consumo abusivo de alcohol podría ayudar a aumentar la adherencia a los programas y, por lo tanto, reducir la probabilidad de riesgo de reincidencia.

## Conflicto de intereses

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

## Agradecimientos

Esta investigación se ha realizado en colaboración con Instituciones Penitenciarias y gracias al proyecto de investigación PND2012/001, financiado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, el proyecto de investigación PSI2011-25434 y la ayuda predoctoral de Formación de Personal Investigador (BES-2009-014139), asociada al proyecto de investigación IDM2007-0090 y concedida a Alba Catalá Miñana, ambos financiados por el Ministerio de Ciencia e Innovación.

## Referencias

- Andrés-Pueyo, A. y López, S. (2005). *Manual para la valoración del riesgo de reincidencia de violencia contra la pareja*. Barcelona: Publicacions y Edicions de la Universitat de Barcelona.



- Babcock, J. C., Green, C. E. y Robie, C. (2004). Does batterers treatment work? A meta-analytical review of domestic violence treatment. *Clinical Psychology Review*, 23, 1023-1053.
- Babor, T. E. y Grant, M. G. (1989). From clinical research to secondary prevention: International collaboration in the development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Alcohol Health Research World*, 13, 371-374.
- Bennett, L. y Williams, O. (2003). Substance abuse and men who batter: Issues in theory and practice. *Violence Against Women*, 9, 558-575.
- Bennett, L., Stoops, C., Call, C. y Flett, H. (2007). Program completion and re-arrest in a batterer intervention system. *Research on Social Work Practice*, 17, 42-54.
- Bowen, E. (2011). *The rehabilitation of partner-violent men*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Bouman, Y. H. A., Schene, A. H. y Ruiter, C. (2009). Subjective well-being and recidivism in forensic psychiatric outpatients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 8, 225-234.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The experimental ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Capaldi, D. M., Knoble, N. B., Shortt, J. W. y Kim, H. K. (2012). A systematic review of risk factors for intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3, 231-280.
- Chang, H. y Saunders, D. C. (2002). Predictors of attrition in two types of group programs for men who batter. *Journal of Family Violence*, 17, 273-292.
- Colvin, M., Cullen, F. T. y Vander Ven, T. (2002). Coercion, social support, and crime: An emerging theoretical consensus. *Criminology*, 40, 19-42.
- Conchell, R., Lila, M. y Catalá-Miñana, A. (2012). Cambios psicosociales en un programa de intervención con hombres penados por violencia contra la mujer. *Revista de Psicología*, 21, 159-186.
- Contel, M., Gual, A. y Colom, J. (1999). Test para la identificación de trastornos por uso de alcohol (AUDIT): traducción y validación del AUDIT al catalán y castellano. *Adicciones*, 11, 337-347.
- Coulter, M. y Van de Weerd, C. (2009). Reducing domestic violence and other criminal recidivism: Effectiveness of a multilevel batterers intervention program. *Violence and Victims*, 24, 139-152.
- Dankwort, J. y Austin, J. (1999). Standards for batterer treatment programs in Canada: A history and review. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 18, 19-38.
- Dinwiddie, S. H. (1992). Psychiatric disorders among wife batterers. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 411-416.
- Easton, C. J. y Sinha, R. (2002). Treating the addicted male batterer: Promising directions for dual-focused programming. En C. Wekerle y A. Wall (Eds.), *The violence and addiction equation: Theoretical and clinical issues in substance abuse and relationship violence* (pp. 275-292). Nueva York: Brunner-Routledge.
- 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.
- Edleson, J. (1996). Controversy and change in batterers' programs. En J. Edleson y Z. Eisikovits (Eds.), *Future interventions with battered women and their families* (pp. 154-169). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Expósito, F., Moya, M. y Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 13, 159-169.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid: Pirámide.
- Flood, M. y Pease, B. (2009). Factors influencing attitudes to violence against women. *Trauma, Violence, and Abuse*, 10, 125-142.
- Fortin, I., Guay, S., Lavoie, V., Boisvert, J. M. y Beaudry, M. (2012). Intimate partner violence and psychological distress among young couples: Analysis of the moderating effect of social support. *Journal of Family Violence*, 27, 63-73.
- Gil-González, D., Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C. y Latour-Pérez, J. (2006). Alcohol and intimate partner violence: Do we have enough information to act? *European Journal of Public Health*, 16, 278-284.
- Glick, P. y Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70, 491-512.
- Goldkamp, J. S. (1997). *The role of drug and alcohol abuse in domestic violence*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, National Institute of Justice.
- Goldkamp, J. S., Weiland, D., Collins, M. y White, M. (1996). *The role of drugs and alcohol abuse in domestic violence and its treatment: Dade County Domestic Violence Court Experiment*. Executive Summary of a Crime and Justice Research Institute Study: National Institute of Justice.
- Gondolf, E. W. (1995). Alcohol abuse, wife assault, and power needs. *Social Service Review*, 69, 274-284.
- Gondolf, E. W. (2004). Evaluating batterer counseling programs: A difficult task showing some effects and implications. *Aggression and Violent Behavior*, 9, 605-631.
- Gondolf, E. W. (2008a). Implementation of case management for batterer program participants. *Violence Against Women*, 14, 208-225.
- Gondolf, E. W. (2008b). Outcomes of case management for African American men in batterer counseling. *Journal of Family Violence*, 23, 173-181.
- Gondolf, E. W. y Foster, R. A. (1991). Pre-program attrition in batterer programs. *Journal of Family Violence*, 6, 337-349.
- Gracia, E., García, F. y Lila, M. (2008). Police involvement in cases of intimate partner violence against women: The influence of perceived severity and personal responsibility. *Violence Against Women*, 14, 697-714.
- Gracia, E., García, F. y Lila, M. (2009). Public responses to intimate partner violence against women: The influence of perceived severity and personal responsibility. *Spanish Journal of Psychology*, 12, 648-656.
- Gracia, E., García, F. y Lila, M. (2011). Police attitudes towards policing partner violence against women: Do they correspond to different psychosocial profiles? *Journal of Interpersonal Violence*, 26, 189-207.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2006). Public attitudes toward reporting partner violence against women and reporting behavior. *Journal of Marriage and Family*, 68, 759-768.
- Gracia, E. y Herrero, J. (2007). Perceived neighborhood social disorder and attitudes towards reporting domestic violence against women. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 737-752.
- Gracia, E., Herrero, J., Lila, M. y Fuente, A. (2009). Perceived neighborhood social disorder and attitudes toward domestic violence against women among Latin-American immigrants. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 1, 25-43.
- Graham, K., Bernards, S., Flynn, A., Tremblay, P. F. y Wells, S. (2012). Does the relationship between depression and intimate partner aggression vary by gender, victim-perpetrator role, and aggression severity? *Violence and Victims*, 27, 730-743.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1988). Skills training for treatment of spouse abusers: An outcome study. *Journal of Family Violence*, 3, 121-130.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1989). Counseling male spouse abusers: Characteristics of treatment completers and dropouts. *Violence and Victims*, 4, 275-286.
- Hellman, C. H., Johnson, C. V. y Dobson, T. (2010). Taking action to stop violence: A study on readiness to change among male batterers. *Journal of Family Violence*, 25, 431-438.
- Henning, K. y Holdford, R. (2006). Minimization, denial, and victim blaming by batterers: How much does the truth matter? *Criminal Justice and Behavior*, 33, 110-130.
- Henning, K., Jones, A. R. y Holdford, R. (2005). "I didn't do it, but if I did I had a good reason": Minimization, denial, and attributions of blame among male and female domestic violence offenders. *Journal of Family Violence*, 20, 131-139.
- Herrero, J., Fuente, A. y Gracia, E. (2011). Covariates of subjective well-being among Latin-American immigrants in Spain: The role of social integration in the community. *Journal of Community Psychology*, 39, 761-775.
- Herrero, J. y Gracia, E. (2007). Una medida breve de la sintomatología depresiva (CES-D 7). *Salud Mental*, 30, 40-46.
- Herrero, J., Gracia, E., Fuente, A. y Lila, M. (2012). Desorden social, integración social y bienestar subjetivo en inmigrantes latinoamericanos en España. *Anales de Psicología*, 28, 505-514.
- Kim, H. K. y Capaldi, D. M. (2004). The association of antisocial behavior and depressive symptoms between partners and risk for aggression in romantic relationships. *Journal of Family Psychology*, 18, 82-96.
- Klostermann, K. C. y Fals-Stewart, W. (2006). Intimate partner violence and alcohol use: Exploring the role of drinking in partner violence and its implications for intervention. *Aggression Violent Behavior*, 11, 587-597.
- Kropp, P. R. y Hart, S. D. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) Guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24, 101-118.
- Ladd, G. T. y Petry, N. M. (2003). Antisocial personality in treatment-seeking cocaine abusers: Psychosocial functioning and HIV risk. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 24, 323-330.
- Lee, M. Y., Uken, A. y Sebald, J. (2007). Role of self-determined goals in predicting recidivism in domestic violence offenders. *Research on Social Work Practice*, 17, 30-41.
- Lila, M., Catalá, A., Conchell, R., García, A., Lorenzo, M. V., Pedrón, V. y Terreros, E. (2010). Una experiencia de investigación, formación e intervención con hombres penados por violencia contra la mujer en la Universidad de Valencia: Programa Contexto. *Intervención Psicosocial*, 19, 167-179.
- Lila, M., García, A. y Lorenzo, M. V. (2010). *Manual de intervención con maltratadores*. Valencia: Publicaciones Universitat de València.
- Lila, M., Gracia, E. y Herrero, J. (2012). Asunción de responsabilidad en hombres maltratadores: influencia de la autoestima, la personalidad narcisista y la personalidad antisocial. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44, 99-108.
- Lila, M., Gracia, E. y Murgui, S. (2013). Psychological adjustment and victim-blaming among intimate partner violence offenders: The role of social support and stressful life events. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 5, 147-153.
- Lila, M., Oliver, A., Galiana, L. y Gracia, E. (2013). Predicting success indicators of an intervention programme for convicted intimate-partner violence offenders: The Contexto Programme. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context*, 5, 73-95.
- Lila, M., Oliver, A., Lorenzo, M. V. y Catalá, A. (2013). Valoración del riesgo de reincidencia en violencia contra la mujer en las relaciones de pareja: importancia del apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 28, 225-236.
- Lin, N., Dean, A. y Ensel, W. (1986). *Social support, life events, and depression*. New York: Academic Press.
- Markowitz, F. E. (2001). Attitudes and family violence: Linking intergenerational and cultural theories. *Journal of Family Violence*, 16, 205-218.
- Mederos, F. (2002). Changing our visions of intervention: The evolution of programs for physically abusive men. En E. Aldarondo y F. Mederos (Eds.), *Programs for men who batter: Intervention and prevention strategies in a diverse society* (pp. 1-23). Kingston, NJ: Civic Research Institute.
- Murphy, C. y Eckhardt, C. (2005). *Treating the abusive partner*. New York: Guilford Press.
- Murphy, C. M. y Ting, L. A. (2010). Interventions for perpetrators of intimate partner violence: A review of efficacy research and recent trends. *Partner Abuse*, 1, 26-44.
- Novo, M., Fariña, F., Seijo, D. y Arce, R. (2012). Assessment of a community rehabilitation programme in convicted male intimate-partner violence offenders. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12, 219-234.
- Organización Mundial de la Salud (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Ginebra: Autor.
- Pease, B. y Flood, M. (2008). Rethinking the significance of attitudes in preventing men's violence against women. *Australian Journal of Social Issues*, 43, 547-551.
- Pence, E. y Paymar, M. (1993). *Education groups for men who batter: The Duluth model*. New York: Springer.

- Price, B. J. y Rosenbaum, A. (2009). Batterer intervention programs: A report from the field. *Violence and Victims*, 24, 757-70.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401.
- Rothman, E. F., Johnson, R. M., Young, R., Weinberg, J., Azrael, D. y Molnar, B. E. (2011). Neighborhood-level factors associated with physical dating violence perpetration: Results of a representative survey conducted in Boston, MA. *Journal of Urban Health*, 88, 201-213.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Revised edition. Middletown, CT: Westeyan University Press.
- Saunders, J. B., Aasland O. G., Babor T. F., de la Fuente, J. R. y Grant, M. (1993). Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.
- Scott, K. L. (2004). Predictors of change among male batterers: Application of theories and review of empirical findings. *Trauma, Violence, and Abuse*, 5, 260-284.
- Smith Slep, A. M., Foran, H. M., Heyman, R. E. y Snarr, J. D. (2010). Unique risk and protective factors for partner aggression in a large scale Air Force survey. *Journal of Community Health*, 35, 375-383.
- Thomas, M. D. y Bennett, L. (2009). The co-occurrence of substance abuse and domestic violence: A comparison of dual-problem men in substance abuse treatment and in court ordered batterer program. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 9, 299-317.
- Valor-Segura, I., Expósito, F. y Moya, M. (2011). Victim blaming and exoneration of the perpetrator in domestic violence: The role of beliefs in a just world and ambivalent sexism. *The Spanish Journal of Psychology*, 14, 195-206.
- Wallach, H. S. y Sela, T. (2008). The importance of male batterers' attributions in understanding and preventing domestic violence. *Journal of Family Violence*, 23, 655-660.