



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2014/2015

Convocatoria Junio

Modalidad: Revisión Bibliográfica

Título: Exclusión social, Violencia de Género y Programas de Intervención para Agresores

Autor: Laura Maciá Mesa

Tutora: M^a Carmen Terol

Elche a 5 de junio de 2015

ÍNDICE

1. RESUMEN	3
2. INTRODUCCIÓN	
2.1 Definición de exclusión social y grupos de exclusión.....	4
3. VIOLENCIA DE GÉNERO	
3.1 Definiciones.....	7
3.2 Tipos de Violencia de Género y Teorías de la relación con el agresor.....	8
3.3 Perfil del agresor o maltratador y recursos de atención.....	9
4. MÉTODO	13
5. RESULTADOS	14
6. DISCUSIÓN	15
7. BIBLIOGRAFÍA	17
8. ANEXO	
Tabla 1.1.....	21

1. RESUMEN

Introducción: La violencia de género es considerada una violación de los derechos humanos y las libertades, ya que impide el desarrollo y la igualdad de la mujer (BOE, 2004). En cuanto a los agresores, no hay un perfil psicosocial que determine el acto violento, sin embargo, algunos autores proponen diferentes tipologías (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Jacobson y Gottman (2001, entre otros). El **objetivo** del presente trabajo es realizar una revisión de los programas de intervención para agresores en España. **Método:** De la búsqueda bibliográfica en las bases de datos españolas con palabras clave: "agresores", "hombres", "programa intervención" y "violencia de género" y criterio del 2010 al 2015, finalmente, 9 artículos fueron revisados. **Resultados:** Se concreta el objetivo del estudio, la muestra, variables e instrumentos frecuentemente utilizados, y resultados de eficacia de los programas de intervención. Otros aspectos de los programas de intervención como las sesiones o contenido han sido más difíciles de concretar o no se especifican. **Discusión:** La participación en programas realizados en centros penitenciarios o en la comunidad se considera como una herramienta útil para la prevención de la violencia de género y reincidencia de agresores.

Palabras clave: Agresores-Hombres-Programa intervención-Violencia género

2.INTRODUCCION

2.1 Definición de exclusión social y grupos

La exclusión social es un concepto amplio, por lo que Rubio (2002) afirma no existir consenso, debido al gran número de definiciones que engloba. Sin embargo, citaremos dos de ellas:

Según la Comisión de las Comunidades Europeas (1992), el término hace referencia “a la imposibilidad de gozar de los derechos sociales sin ayuda, en la imagen desvalorizada de sí mismo y de la capacidad personal de hacer frente a las obligaciones propias, en el riesgo de verse relegado de forma duradera al estatus de persona asistida y en la estigmatización que todo ello conlleva para las personas y, en las ciudades, para los barrios en que residen”. Además, según esta Comisión, la exclusión social también se manifiesta en la educación, en la salud, la vivienda y en el acceso a los servicios.

Castells (2001) define el término como “El proceso por el cual a ciertos individuos y grupos se les impide sistemáticamente el acceso a posiciones que les permitirían una subsistencia autónoma dentro de los niveles sociales determinados por las instituciones y valores en un contexto dado”. Normalmente, “tal posición suele asociarse con la posibilidad de acceder a un trabajo remunerado relativamente regular al menos para un miembro de una unidad familiar estable. De hecho, la exclusión social es el proceso que descalifica a una persona como trabajador en el contexto del capitalismo”

El término exclusión social hace referencia a un aspecto multidimensional y multifactorial. Así, se relaciona con la discriminación, los prejuicios y la marginación y presenta perfiles que le son únicos: el reconocimiento de los derechos y la justicia. También la exclusión social existe como algo abstracto, que engloba a diferentes categorías de personas, pero que se acaba centrando en situaciones específicas y personas individuales. En este sentido, los niveles de exclusión que se caracterizan por una abstracción elevada, se basan en ideologías que se dan acompañadas por principios y convenciones morales, pero, a medida que los niveles de exclusión se hacen más concretos, las formas de exclusión pasan a ser más específicas. (Morales, J. F., Huici, C., Gómez, A., y Gaviria, E.)

En cuanto a los efectos de la exclusión pueden ser "directos" o "indirectos", ya que estos últimos pueden llegar a pasar desapercibidos incluso por quienes sufren la exclusión. Según Stangor et al., (2003), para comprender los efectos indirectos es relevante saber cómo

y cuándo las personas perciben la discriminación y hacen atribuciones sobre ella. Este mismo autor equipara la exclusión "objetiva" y "subjetiva" con los aspectos directos e indirectos respectivamente. Pero además, añade que es importante tener en cuenta la gravedad de la exclusión, y se refiere a esta como "En un polo del continuo (de exclusión) están la hostilidad manifiesta, la violencia y el genocidio. En el otro polo están las molestias cotidianas que, aunque son menos importantes, se acumulan con el paso del tiempo. Incluso estas formas cotidianas y menos importantes de discriminación pueden ser problemáticas, porque pueden producir cólera y ansiedad entre los miembros de grupos estigmatizados. Además, a largo plazo, estas molestias, al igual que otras molestias cotidianas, pueden provocar otros problemas psicológicos"

Centrándonos en los diferentes grupos de exclusión social y/o Atención Social, encontramos que estos colectivos son: (Ayllón, E., Calderón, N., Fernández, I., Piñuela, R., y Saiz Galdós. 2013)

1. Respecto a la enfermedad y/o discapacidad:

Personas con discapacidad (física, intelectual, sensorial o derivada de enfermedad mental), debido a que afecta a un amplio número de personas y por la dificultad que tienen para acceder a medios de transporte, edificios, instalaciones, etc., y el desconocimiento por parte de la población de sus características, lo que genera una imagen social deteriorada.

Personas dependientes: la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, define ésta como: "El estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal".

Enfermos terminales: Para este colectivo, se presentó, desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la Estrategia en Cuidados Paliativos del Sistema Nacional de Salud, en la que se describió como debía ser la Atención paliativa a enfermos terminales. Según la Estrategia, la atención paliativa comprende la atención integral, individualizada y continuada con personas con enfermedad avanzada y con esperanza de vida limitada.

2. Respecto a los otros colectivos:

Presos y ex-reclusos: Este colectivo presenta una serie de necesidades que deben cuidarse si se pretende conseguir una adecuada reinserción social, conforme dicta el ordenamiento jurídico y la Constitución: Potenciación de habilidades personales, ayuda en caso de adicciones y enfermedades, apoyo familiar y facilitar el proceso de formación y búsqueda de empleo.

Minorías étnicas: estas minorías, ya sea por su referencia cultural diferente o por el rechazo que produzca el ser diferentes, les posiciona en situaciones de mayor vulnerabilidad que el resto de ciudadanos. Las necesidades claves por las que se han desarrollado determinados instrumentos son el acceso a una vivienda digna, la incorporación al mercado laboral normalizado y el acceso a la escolarización/formación.

Personas sin hogar (PSH): son las personas que presentan el lado más apartado de la sociedad. Se propone la implementación de ciertas medidas, como coordinar y propiciar el trabajo en red de los recursos públicos mediante la firma de convenios, aumentar la capacidad de plazas de acogida y alojamiento y trabajar de forma conjunta las administraciones y las entidades de iniciativa social.

Personas con drogodependencias: existe el Plan Nacional Sobre Drogas (PNSD), es una iniciativa creada en 1985, dirigida para coordinar y potenciar las políticas que se llevan a cabo desde las Administraciones Públicas y entidades sociales en España.

Refugiados y asilados: Éstos pueden presentar necesidades específicas de adaptación a la nueva situación y al nuevo entorno socio-cultural, atención psicológica, adaptación al idioma, etc.

Inmigrantes: se considera un problema social cuando no hay políticas que faciliten una buena integración de estas personas y por ello, se conviertan en víctimas de explotación, segregación y rechazo.

Personas en situaciones de emergencia: la atención social a este colectivo viene determinada por los Servicios Sociales de cada Comunidad Autónoma.

3. Respecto del ciclo vital o género:

Familia e infancia: se considera el grupo básico constituyente de la sociedad. Se pretende prevenir y/o paliar situaciones socialmente problemáticas.

Jóvenes: El Instituto de la Juventud (INJUVE), tiene como finalidad facilitar la participación de los jóvenes en la sociedad, el desarrollo de valores e inquietudes y la autonomía y emancipación de éstos.

Personas mayores: debido a la falta de recursos asistenciales y la alta necesidad de atención.

Mujeres: Centrándonos en este colectivo, debido a que se relaciona directamente con el tema que trataremos en puntos posteriores, se considera que la mujer ha sido histórica y culturalmente depositaria de un gran número de prejuicios y discriminación. Uno de los servicios que está dedicado a la igualdad de las mujeres es el Instituto de la Mujer, que es un organismo que se encuentra dentro del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. En cuanto al tema de la violencia de género, se considera que es un problema social que afecta a las mujeres, para éste se articulan determinadas medidas. En 1980, la II Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer y la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medida de Protección Integral contra la Violencia de Género. Desde estas se toman diferentes medidas penales o civiles que tienen el fin de proteger a las víctimas de actos violentos.

3. VIOLENCIA DE GÉNERO

3.1 Definiciones

Cuando hablamos de violencia de género, nos estamos refiriendo a una situación que va desde la obediencia al sometimiento, en la relación que mueve a una persona con otra, sea cual sea la forma en la que se ejerce tal violencia. La violencia ejercida contra la mujer es considerada una violación de los derechos humanos y las libertades, ya que esta violencia impide el desarrollo y la igualdad de la mujer. (BOE, 2004)

En la Asamblea General de las Naciones Unidas, realizada en 1993, se define

violencia de género como:

"Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas a tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada".

Otras definiciones de violencia de género son:

"Algún acto que lleva a la víctima a hacer algo que no quiere hacer, le impide hacer algo que ella desea realizar o que le hace tener miedo " (Jiménez Casado, C, 1996)

Dado que la violencia de género es un problema que afecta a toda la sociedad y debido a que es la primera causa de muerte en el mundo en mujeres de entre 16 y 44 años (Informe del Consejo Europeo), así como con el objetivo de erradicar y luchar contra la ésta, se aprobó la **Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género**. Esta Ley define la violencia hacia la mujer como *"Violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia"* (Objeto de la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género). Además, abarca aspectos preventivos, educativos, asistenciales, sociales y de atención posterior a las víctimas de violencia. Establece medidas de sensibilización e intervención, tanto en el ámbito educativo como en el sanitario, con el objetivo de detectar y prevenir la violencia , así como la prestación de atención física y psicológica a las víctimas.

Generalmente, en la definición de violencia de género, se entiende que los principales factores que hacen más probable que se de una situación de violencia son: la relación de desigualdad, subordinación y las relaciones de poder que se vienen dando históricamente en la interacción entre mujeres y hombres. Además, la violencia ejercida hacia las mujeres es considerada instrumental, ya que se considera un instrumento de dominación y control social más que un fin, y estructural, relacionado con las diferentes formas culturales de definir las interacciones entre hombres y mujeres. Finalmente, otra característica frecuente en las definiciones de violencia de género, se refiere al comienzo de maltrato con abuso psicológico al inicio de la relación. Suele manifestarse como conductas controladoras o prohibitivas que se van afianzando en el tiempo, haciendo que la mujer pierda autonomía, sienta dependencia hacia el hombre, y se aísle poco a poco de las personas cercanas, etc.

3.2 Tipos de Violencia de Género y Teorías de la relación con el agresor.

En la actualidad, se distinguen diferentes formas de ejercer violencia de género: (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007)

Violencia física, que comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza que provoque o pueda provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la persona.

Violencia sexual, que consiste en imponer a la mujer, en contra de su voluntad, un comportamiento sexual, ya sea por parte de su pareja o por parte de terceros. Dentro de la violencia sexual encontramos el *abuso sexual*, las *agresiones sexuales* y el *acoso sexual*.

Y la **violencia psicológica**, que consiste en la realización de una conducta intencionada que se alarga en el tiempo y que atenta contra la integridad psicológica y emocional de la persona que la sufre y que tiene como finalidad la imposición de determinadas pautas comportamentales por parte de la persona que la ejerce.

Leonor Walker (1978), con su Teoría del Ciclo Vital de la Violencia, ayuda a comprender el por qué muchas víctimas siguen manteniendo la relación con el agresor a pesar de las conductas violentas. Según él, encontramos tres fases en el desarrollo del acto violento:

Fase I: Acumulación de tensión:

En esta fase se va intensificando la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. La mujer piensa que lo podrá controlar y minimiza lo ocurrido, justificando los actos del agresor. Esta fase puede darse durante largos períodos de tiempo.

Fase II: Explosión o agresión:

Se producen las agresiones físicas, psicológicas y sexuales de forma incontrolable, aunque con intensidad variable. Cuando finaliza esta fase, la mujer suele quedarse en un estado de conmoción, sin creer que lo que le ha pasado es real e incluso negándolo.

Es en esta fase es donde las mujeres suelen denunciar o pedir ayuda.

Fase III: Arrepentimiento o luna de miel

Esta fase se caracteriza por la disminución de la tensión. En ésta el agresor se arrepiente y pide perdón a la mujer. La mujer suele pensar que el agresor cambiará, por lo que podrán retirar los cargos, en el caso de haber presentado denuncia, abandonar el tratamiento, etc.

Esta fase tiene una duración limitada, ya que en la medida en que los comportamientos violentos se van afianzando, la fase de reconciliación tiende a desaparecer.

3.3 Perfil del agresor ó maltratador y recursos de atención.

No existe un perfil social de maltratador, es decir, la violencia la puede ejercer un hombre con alto estatus económico igual que un hombre con un estatus económico bajo, una persona con escasa formación académica o aquellos que sí que se han formado académicamente, etc. Sin embargo, comparten vivencias, peculiaridades y situaciones que son comunes a la mayoría de ellos. Un alto porcentaje de maltratadores han sido testigos o víctimas directas de malos tratos, desde pequeños han ido afianzando la creencia de superioridad con respecto a las mujeres, considerando normal esa situación de superioridad como forma de relacionarse con los demás (Espada y Torres, 1996). Por tanto, se consideraría la conducta agresiva como el resultado de experiencias de aprendizaje social o de experiencias tempranas. Sin embargo, Berkowitz (1996) propone un modelo en el que cree que existe interacción entre la biología y las condiciones ambientales de los agresores que puede afectar a la conducta de los hombres y favorecer o no la aparición de comportamientos violentos. (López, E., 2004)

Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) proponen diferente tipologías de maltratadores, aunque con el paso del tiempo se han ido introduciendo modificaciones y diferentes tipologías por otros autores:

El Tipo I se caracteriza por ejercer violencia "*solo en la familia*". Éste tipo constituye alrededor del 50% de los maltratadores. Muestran menos desviaciones respecto a impulsividad y consumo de sustancias, aunque suelen tener más dificultad para el desarrollo de habilidades sociales y de comunicación y tener más dependencia hacia su pareja. Son personas que han presenciado o vivido conductas agresivas en la infancia. Este tipo de maltratadores presentan más arrepentimiento y remordimiento tras los comportamientos agresivos que en el resto de tipologías. Además, no suelen presentar psicopatología ni trastornos de personalidad. Son considerados maltratadores de bajo riesgo y suelen tener

menos problemas legales que otros maltratadores (Cavanaugh y Gelles, 2005)

Al **Tipo II** de maltratadores se le denomina como "*borderline o disfórico*". Este tipo de agresores representa, aproximadamente, el 25% de los maltratadores. La violencia ejercida por éstos oscila entre moderada y alta. La violencia ejercida suele ir dirigida fundamentalmente a la pareja o dentro del ámbito familiar, aunque también pueden presentar comportamientos violentos fuera de éste. En este caso, los maltratadores presentan dificultades emocionales, problemas a la hora de controlar los celos y la ira. En relación a los maltratadores de tipo I, también presentan déficit de habilidades sociales y de comunicación e historia previa de maltratos, aunque más severa: abuso infantil, rechazo por parte de los padres, hostilidad hacia las mujeres, etc. Suelen justificar la violencia que ejercen. Serían considerados agresores de riesgo moderado (Cavanaugh y Gelles, 2005)

El último, **Tipo III** hace referencia a maltratadores *violentos o antisociales*. Este grupo representa alrededor del 25% de los maltratadores. En este grupo, la violencia ejercida pasa a ser física, psicológica y sexual y va de moderada a severa. Muestran más niveles de narcisismo y de manipulación psicópata, amenazando y agrediendo a la pareja si ésta no hace lo que él le pide o si ésta no satisface sus demandas. Y, además, también presentan déficit en habilidades sociales y en la comunicación, así como una historia previa de maltrato grave en la infancia o de presencia de violencia entre sus padres. Es común que consuman abusivamente drogas o alcohol y que tengan problemas legales. Este tipo de maltratadores son considerados de alto riesgo. (Cavanaugh y Gelles, 2005)

Por otro lado, Jacobson y Gottman (2001) en sus estudios realizados con agresores y víctimas, proponen otra tipología de maltratadores: **Cobra y Pitbull**. Aunque en ambos casos se presentan grados iguales de violencia, en el caso de los primeros es mucho peor. Los agresores *cobra* suelen abusar emocionalmente más de sus mujeres que los *pitbull*, estos últimos suelen ir abusando emocionalmente cada vez más en una discusión, se van calentando poco a poco hasta que pierden el control. Según mencionan ambos autores, la infancia de los *cobra* ha sido más caótica y traumática, aunque consideran que los agresores *pitbull* han presenciado también la agresión en su ambiente familiar, por lo que es probable que ambos tipos hayan crecido en hogares más violentos que el resto de la población. Los *cobra* padecen más enfermedades mentales, suelen ser más propensos a que se les diagnostique un trastorno de personalidad antisocial. Además, suelen tener más probabilidad a ser drogodependientes, y están más relacionados con el abuso de sustancias ilegales (cocaína, heroína y otros fármacos adictivos)

Los *cobra* son más violentos, tanto dentro como fuera de la relación de pareja o

matrimonio. Según el estudio realizado por Jacobson y Gottman (2001), el 44% de los *cobra* presentan un historial de violencia fuera del matrimonio, mientras que en el caso de los *pitbull* solo presenta el 3%. En este sentido, el perfil de los agresores *pitbull* suele coincidir con aquellas personas que la sociedad considera totalmente normales y de las que no esperan que se de un maltrato hacia la mujer. Es así que, se podría relacionar a los agresores *pitbull* que solo el 3% ejerce violencia fuera del matrimonio, con la tipología de agresores expuesta por Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) en la que el **Tipo I** solo la ejerce dentro de la familia, aunque el desarrollo de las agresiones y las conductas de cada tipo son diferentes.

En cuanto a las parejas de los hombres *cobra*, éstas manifiestan más depresión y miedo, así como más vinculación al agresor que en los casos de mujeres casadas con agresores *pitbull*. Las mujeres de los hombres *cobra*, se considera que también pueden tener antecedentes antisociales, así como la procedencia de un entorno familiar traumático, pudiendo haber sido abusadas sexual o físicamente. Las mujeres casadas con agresores *pitbull*, se sienten más controladas, atrapada y con menos libertad para tomar decisiones, ya que el hombre vigila constantemente lo que hace la mujer. Los agresores *pitbull* culpan a sus mujeres de no satisfacer sus necesidades, que difícilmente pueden ser satisfechas. Sin embargo, estas mujeres parecen más enfadadas y menos temerosas que otras mujeres que son agredidas, experimentan una sensación de rabia contenida. (Jacobson y Gottman, 2001)

Aunque los agresores *pitbull* en un primer momento parezcan menos agresivos que los agresores *cobra*, ambos son capaces de cometer asesinatos. Además, éstos dependen de sus mujeres en gran medida, por lo que pueden responder a la separación acechando y acosando a sus mujeres, agrediéndolas con más ensañamiento o incluso matándolas.

Respecto de la imagen que tienen de sí mismos, la mayoría de los agresores suelen tener una imagen negativa, con baja autoestima y con sensación de ser fracasados. Suelen ser desconfiados y celosos patológicamente, influyendo estos celos en la percepción errónea que tienen sobre el abandono de la pareja. En algunos trabajos, la conducta de los agresores también se asocia con algunos trastornos de personalidad, en concreto la psicopatía, aunque también con el trastorno borderline y el trastorno paranoide (Elena López, 2004). La psicopatía se caracteriza por la falta de empatía en las relaciones interpersonales, la manipulación, y por la ausencia de remordimiento al causar el dolor. Generalmente, un agresor psicópata, se muestra alejado de sus hijos, suele consumir abusivamente alcohol y/o drogas, no se relaciona socialmente ni tiene amigos y utiliza a los

demás en beneficio propio.

En cuanto a otros factores del perfil psicosocial del maltratador que pueden favorecer la aparición de conductas violentas hacia la pareja, estos son: El desempleo, los trastornos psicopatológicos, los rechazos afectivos producidos tiempos atrás, las adicciones y abuso de sustancias. Respecto de esto último, más en concreto en drogas y alcohol, se consideran factores precipitantes más que factores causales. El consumo de alcohol se considera que está más relacionado con los comportamientos violentos. La Organización Mundial de la Salud (2010), ha identificado el consumo de alcohol como uno de los 50 factores de riesgo en violencia hacia la pareja y violencia sexual. Asimismo, el Código Penal vigente considera el consumo de alcohol como un atenuante de las penas impuestas por delitos de violencia de género (artículos 20 y 21 del Código Penal). La mayoría de hombres que son detenidos por agredir o maltratar a mujeres, así como los que asisten a programas de intervención, son hombres con problemas de alcohol. Según Echeburúa, Amor y Fernández (2002), el alcohol provoca la activación de conductas violentas que vienen derivadas de actitudes de hostilidad previas. Y Fals-Stewart y Kennedy (2005), aportan que la violencia ejercida contra la mujer es más probable si el agresor consume alcohol, y el porcentaje se acrecienta si el consumo de alcohol ha sido abusivo.

En relación a otras sustancias diferentes al alcohol, como son las drogas, aunque encontramos menos información acerca de su papel en la violencia de género, sí se ha identificado que son las drogas estimulantes (cocaína, anfetaminas y metanfetaminas) las que se han relacionado con la violencia de forma más directa. La relación entre cocaína, anfetaminas y el comportamiento violento, viene dada por los efectos farmacológicos y por la capacidad de inducción de sintomatología psicopatológica de estas sustancias. En 2011, los datos recogidos que hacían referencia a la tasa de agresores que presentaban abuso de sustancias, en concreto sustancias alcohólicas, oscilaba entre el 50 y el 60%. (Stuart, O'Farrell y Temple, 2009). En el caso de abuso de drogas, la presencia era del 20% en los agresores (Suart et al., 2008)

En relación a los recursos de atención a los agresores de violencia de género, encontramos diferentes programas (Francisca Expósito y Sergio Ruiz, 2010). La mayoría de estos programas están relacionados con los centros penitenciarios y con la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, establece en su artículo 42 que la Administración Pública realizará programas destinados a los internos condenados por delitos relacionados con violencia de género.

Por otro lado, en el ámbito de las medidas penales alternativas, para casos que se encontraban en suspensión de condena por un delito de violencia de género, el Código Penal (CP) establece una orden de alejamiento del agresor respecto de la víctima, así como la incorporación a un programa de tratamiento. Además, las medidas penales alternativas que se aplican con más frecuencia en los casos de violencia de género son: Trabajos en beneficio de la comunidad, suspensiones condicionales de la pena, en las que las penas suelen ser inferiores a dos años y en las que se trata de delincuentes primarios, medidas de seguridad (Libertad Vigilada, tras la reforma del CP) localización permanente con programa (reforma del CP). Así, la mayoría de estos casos las medidas penales suponen el cumplimiento de programas terapéuticos para agresores, tanto en prisión como en suspensión de la condena, cuyo fin último sería evitar que se reiteren los maltratos. En este sentido, el **objetivo** de este trabajo será llevar a cabo una revisión de dichos programas, de sus contenidos y la evaluación de su eficacia en la reeducación de los maltratadores de violencia de género

4. METODO:

Se han utilizado las bases de datos bibliográficas españolas Psycodoc, ISOC, Redalyc, Sciende Direct, Psychosocial Intervention y Dialnet. Los criterios de búsqueda fueron artículos publicados entre el 2010 y el 2015, en español, y como palabras clave: "agresores", "hombres", "programa intervención" y "violencia de género". El resultado en cuanto al número de artículos encontrados fue: Psycodoc 11, ISOC 9, Redalyc 0, Sciende Direct 30 y Dialent 6. Al eliminar los artículos que son de temática teórica (3), que están duplicados(10) o que no se ajustan al tema que se va a tratar posteriormente(31) (colectivo adolescentes artículos de evaluación, víctimas, etc.) y a los que no ha sido posible acceder (3), finalmente los artículos revisados fueron 8.

5. RESULTADOS

En relación a los resultados obtenidos en la Tabla 1.1 del Anexo, podemos observar que los *objetivos* de la mayoría de los programas se centra en evaluar la eficacia del programa en hombres que ejercen violencia en género, en medidas alternativas a la prisión o impartidos dentro de la misma. En relación a la *muestra* recogida en estos estudios, la media de edad que se puede observar oscila entre los 33 y los 50 años y el número de participantes varía considerablemente, siendo de 10 participantes y hasta 770 (635 en grupo

experimental).

En el caso de los *programas de intervención*, la mayoría de programas ofrecen alrededor de 20-25 sesiones, algunos de ellos llegan a alcanzar las 30-38, pero no siempre se concretan o falta el tiempo de duración (Arrigoni et al.; 2013; Sahagún y Salgado; 2013; Boira et al.; 2013; Rodríguez y Lopez, 2013; Lila et al; 2013; Lila et al.; 2014). Estas sesiones se realizan, generalmente, en formato grupal, incluyendo alguna sesión individual con los usuarios. Del contenido, éste no se especifica en tres estudios y en el resto se concreta el uso de modelos cognitivo-conductuales (modificación pensamiento), modelos emocionales (psicología positiva, fortalezas, Inteligencia emocional, comprensión y regulación emocional) y modelos contextuales-funcionales.

De las *variables e instrumentos* se evalúa la agresividad, ira, pensamientos distorsionados, atribución de la responsabilidad, expectativas ante el tratamiento y expectativas de cambio, impulsividad, etc. Algunos de los instrumentos empleados en los diferentes programas son: Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado (STAXI-2), Escala de Evaluación para el cambio de la Universidad Rhole Island (URICA), Spoussal Assault Risk Assesment (SARA), Listado de Síntomas (SCL-90), Inventario de pensamientos Distorsionados sobre la mujer y el uso de violencia, Escala de impulsividad de Plutchik.;Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne (SDS o M-CSDS-10), Inventario de Sexismo Ambivalente (ASI) (Ver tabla 1.1). Los instrumentos mencionados se utilizan en la mayoría de programas para una evaluación pre y post tratamiento, con la que observar la mejora en las variables estudiadas, además de un seguimiento al cabo de ciertos meses para ver la evolución de los participantes. (Pérez et al., 2013, Arrigoni et al., 2013, Galanes et al., 2013, Lila et al, 2013, Boira et al., 2013).

Para terminar, cabe decir que en todos los programas se valora la *eficacia* de la intervención tratando de comparar contenidos, resultados más satisfactorios, y los cambios (pre-post) en las variables mencionadas. Se muestra la disminución de aspectos negativos como la impulsividad, los pensamientos distorsionados respecto a la mujer y al uso de la violencia, la hostilidad, la ira, síntomas psicopatológicos, distorsiones cognitivas, sexismo, etc. Respecto de otros aspectos positivos, la eficacia del tratamiento se centra en una mayor asunción de responsabilidad, empatía, satisfacción, apoyo social/íntimo, sociabilidad, valores de cambio, y más percepción o conciencia de la gravedad del delito. Algunos, trabajos apoyan estos resultados con diseños de grupo control y experimental, lo que permite valorar con mayor precisión los cambios fruto de la intervención. (Pérez et al., 2013, Rodríguez et al., 2013, Sahagún et al., 2013, Boira et al, 2013).

6. DISCUSIÓN

El presente trabajo se centra en los agresores de violencia de género y los programas o recursos comunitarios que hay en España para prevenir la repetición de estos actos violentos. Mediante una búsqueda por las diferentes bases bibliográficas españolas, se han revisado 8 artículos en los que se muestran programas de intervención para agresores tanto en la prisión como en medidas alternativas (Anexo -Tabla 1.1). En la revisión hemos podido concretar claramente el objetivo del estudio, la muestra, variables e instrumentos utilizados, así como los resultados encontrados. Otros aspectos del programa como sesiones, duración o contenido ha sido más difícil o no se especifican.

De los diferentes programas de intervención revisados y coincidiendo con los propios autores podemos referir ciertas limitaciones y puntos favorables. Entre las limitaciones se sugieren: Las relacionadas con la *obligatoriedad o voluntariedad del programa*, muy importante a la hora de evaluar las respuestas de los participantes (Pérez, M., Giménez, J., y Espinosa, M., 2013) en la intervención pues podría afectar a la motivación respecto al tratamiento. Por esta razón, algunos programas proponen la realización de pruebas y actividades que aumenten dicha motivación, para que el trabajo posterior se realice con normalidad y haya voluntariedad en las sesiones (Galanes, M., y Tabernero M., 2013). Entre ellas, se considera que la terapia individual y trabajar las emociones con los agresores es un punto eficaz para aumentarla (Rodríguez, N., y López, E., 2013), lo que en consecuencia, incrementaría también la adherencia al tratamiento. (López del Hoyo, Tomás y Gaspar, 2013). Otra cuestión que se menciona en los artículos revisados ha sido el uso de *muestras pequeñas* en la aplicación de programas, lo que limitaría la generalización de los resultados (Arrigoni, F., Jiménez, J., Navarro, J., y Mendoza, P., 2013). Por lo que, en la mayoría de estudios, se menciona la importancia de una muestra mayor en futuras investigaciones para la comparación y contratación de la eficacia de los programas (Galanes, M., y Tabernero M., 2013). Por su parte, en varios estudios se alude a la imposibilidad de llevar a cabo un *seguimiento de los sujetos* una vez acabado el programa de intervención. Esto no permite evaluar al sujeto para concluir certeramente el grado de del programa a largo plazo (Sahagún y Salgado, 2013). Se considera importante establecer seguimientos individualizados que permitan conocer si los participantes mantienen los cambios y cómo es el trato dado a las mujeres una vez acabado el tratamiento (Arrigoni, F., Jiménez, J., Navarro J., y Mendoza, P., 2013), ya que, en muchos casos, el no acceso a las víctimas ha impedido la evaluación de reincidencia (Lila, M., Oliver, A., Galiana, A., y Gracia, E., 2013). Finalmente, algunos autores también señalan la importancia de tener en cuenta la *influencia*

de la discapacidad social en las respuestas dadas por los sujetos a los diferentes cuestionarios que realizan, lo que podría afectar a la validez de la evaluación (Pérez, M., Giménez, A., y Espinosa, M., 2013). Por lo que, se considera de especial interés realizar un mayor número de *medidas de evaluación diferentes de la eficacia*, y ampliar el uso de estas recogiendo información más extensa, incluyendo, por ejemplo, las valoraciones de las víctimas (Boira, S., López del Hoyo, Y., Tomás, L., y Gaspar, A., 2013)

Por otra parte, en cuanto a los aspectos positivos de los programas de intervención, la mayoría de los estudios consideran que éstos reflejan resultados optimistas respecto a su eficacia. La aplicación de un tratamiento continuado interviniendo en el cambio cognitivo de pensamientos distorsionados sobre la mujer y el uso de la violencia supone cambios de gran importancia (Arrigoni, F., Jiménez, J., Navarro, J., y Mendoza, P, 2013) Por otro lado, en la revisión los 4 estudios que compararon grupo control y experimental, confirman el cambio producido en los sujetos debido a la participación en el programa, considerando que la no intervención a corto y largo plazo sería perjudicial en los hombres penados por violencia de género (Rodríguez, N., y López, 2013). Además, según Sahagún y Salgado. (2013), utilizar terapias contextuales y funcionales con los agresores, supone un avance en la lucha por la erradicación del problema, pues permite prevenir la repetición de conductas violentas con parejas futuras. Asimismo, la participación en programas de intervención, se considera útil a la hora de dotar a los hombres de estrategias de resolución de conflictos que no estén relacionados con el uso de la violencia, así como la importancia de interrumpir la cadena de transmisión intergeneracional y el aprendizaje observacional por parte de los hijos (Rodríguez, N., y López, 2013)

A modo de conclusión, a pesar de las limitaciones encontradas en los diferentes estudios revisados que orientan a la mejora para investigaciones futuras, se considera que la participación en programas de intervención es una herramienta útil que aporta datos optimistas para prevenir las conductas violentas y los pensamientos distorsionados respecto a la mujer, así como, la reincidencia de los hombres penados por violencia de género, ya sea aplicado el programa en un centro penitenciario o en la comunidad.

7. BIBLIOGRAFÍA

- Arrigoni, F., Jiménez, J., Navarro, J., y Mendoza, P. (2013). Aplicación de un programa terapéutico en hombres violentos contra la pareja. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23, 3-9.
- Ayllón, E., Calderón, N., Fernández, I., Piñuela, R., y Saiz Galdós (2013). "Las administraciones públicas ante los problemas sociales: la política social." En Yela, C., Ayllón, E., Calderón, N., Fernández, I., Piñuela, R., y Saiz, J. (2013). *Psicología social de los problemas sociales*. Madrid. Ed: Grupo 5. Cap 9; pp: 373-436.
- Berkowitz (1996). En López, E. (2004). Figura del agresor en la violencia de género: Características personales e intervención. *Papeles del psicólogo*, 88, 31-38.
- Boe (2004). *Agencia Estatal Botelín Oficial del Estado*. España. Recuperado de <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- Castells (2001). En Ramírez, J., M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: Complejidad e imprecisión del término. *Estudios Psicológicos*, 34 (1). 173-186.
- Catalá-Miñana, A., Lila, M., y Oliver, M. (2013). Consumo de alcohol en hombres penados por violencia contra la pareja: factores individuales y contextuales. *Adicciones*, 25 (1). 19-28.
- Cavanaugh y Gelles(2005). En Echeburúa, E., Amor, P., y Paz de Corral (2009). Hombres violentos contra la pareja: trastornos mentales y perfiles tipológicos. *Pensamiento Psicológico*, 6 (13). 27-36.
- Comisión de las Comunidades Europeas (1992). En Ramírez, J., M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: Complejidad e imprecisión del término. *Estudios Psicológicos*, 34 (1). 173-186.
- Echeburúa, Amor y Fernández (2002). En Amor, P.J. (2010). *Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día*. Ed: Junta de Andalucía

- Elena López, 2004. En López, E. (2004). Figura del agresor en la violencia de género: Características personales e intervención. *Papeles del psicólogo*, 88. 31-38.
- Espada y Torres, 1996. En López, E. (2004). Figura del agresor en la violencia de género: Características personales e intervención. *Papeles del psicólogo*, 88. 31-38.
- Expósito, F., y Ruiz, S. (2010). Reeducción de Maltratadores: Una experiencia de Intervención desde la Perspectiva de Género. *Intervención Psicosocial*, 19 (2). 145-151.
- Fals-Stewart y Kennedy (2005). En Amor, P.J. (2010). *Violencia de género y adicción a drogas en Centros de Día*. Ed: Junta de Andalucía
- Francisca Expósito y Sergio Ruiz, 2010. En Reeducción de Maltratadores: Una experiencia de Intervención desde la Perspectiva de Género. *Intervención Psicosocial*, 19 (2). 145-151.
- Galanes, M., y Taberero, M. (2013). El impacto del tratamiento cognitivo-conductual. Un estudio exploratorio con agresores de género. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23. 11-19.
- Goldkamp et al. (1996). En Fernández-Montalvo, J., López-Goñi, J., y Arteaga, A. (2011). Tratamiento de agresores contra la pareja en programas de atención a drogodependientes: un reto futuro. *Adicciones*, 23 (1). 5-9.
- Holtzworth-Munroe y Stuart (1994). En Echeburúa, E., Amor, P., y Paz de Corral (2009). Hombres violentos contra la pareja: trastornos mentales y perfiles tipológicos. *Pensamiento Psicológico*, 6 (13). 27-36.
- Jacobson y Gottman (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres: cómo poner fin a las relaciones abusivas*. Barcelona: Paidós Ibérica. Pp. 93-147.
- La exclusión Social. Cap. 34. En Morales, J. F, Huici, C., Gómez, A. y Gaviria, E. 2008). *Método, Teoría e Investigación en Psicología Social*. Madrid. Ed: Pearson. Prentice Hall.

Ladrón de Guevara, B., J. (2007). *La violencia de género: aspectos legales y procesales*. Sevilla. Ed: Comares.

“Las administraciones públicas ante los problemas sociales: la política social.” En Yela, C., Ayllón, E., Calderón, N., Fernández, I., Piñuela, R., y Saiz, J. (2013). *Psicología social de los problemas sociales*. Madrid. Ed: Grupo 5. Cap 9; pp.: 373-436.

Leonor Walker (1978). En Rodríguez, R., y Peláez, S. (2012) Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. *Informes, estudios e investigación 2012*. (p. 23)

Lila, M., Oliver, A., Català, A., y Conchell, R. (2014). Recidivism risk reduction assessment in batterer intervention programs: A key indicator for program efficacy evaluation. *Psychosocial Intervention, 23*. 217-223

Lila, M., Oliver, A., Galiana, A., y Gracia, E. (2013). Predicting success indicators of an intervention programme for convicted intimate-partner violence offenders: The context programme. *The European Journal of Psychology Applied to Legal Context, 5 (1)*. 73-95.

López, E. (2004). Figura del agresor en la violencia de género: Características personales e intervención. *Papeles del psicólogo, 88*. 31-38.

Boira, S., López del Hoyo, Y., Tomás, L., y Gaspar, A. (2013). Intervención psicológica en la comunidad en hombres condenados por violencia de género. *Anales de la Psicología, 29 (1)*. 19-28.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e igualdad. Recuperado de <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/datosEstadisticos/home.htm>

Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Recuperado de: <http://igualdade.xunta.es/sites/default/files/files/documentos/protocoloComun%5B1%5D.pdf>

- Pérez, M., Giménez, A., y Espinosa, M. (2013). Evaluación de la eficacia del programa de tratamiento con agresores de pareja (PRIA) en la comunidad. *Psychosocial Intervention*, 22. 105-114
- Rodríguez, N., y López, E. (2013). Programa emocional para presos por violencia de género (PREMOVIGE): Efectividad en variables cognitivas y conductuales. *Psychosocial Intervention*, 22. 115-123
- Rubio (2002). En Ramírez, J., M. (2008). Aproximación teórica de la exclusión social: Complejidad e imprecisión del término. *Estudios Psicológicos*, 34 (1). 173-186.
- Ruiz y Expósito (2007). Reeduación de Maltratadores: Una experiencia de Intervención desde la Perspectiva de Género. *Intervención Psicosocial*, 19 (2). 145-151.
- Sahagún, L., y Salgado, C. (2013). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) con hombres que cumplen condena por maltrato. Un estudio piloto. *International Journal of Psychology and Psychosocial Therapy*, 13.3. 289-305
- Stangor et al., (2003). La exclusión Social. Cap. 34. En Morales, J. F, Huici, C., Gómez, A. y Gaviria, E. (2008). *Método, Teoría e Investigación en Psicología Social*. Madrid. Ed: Pearson. Prentice Hall.
- Suart et al.(2008). En Fernández-Montalvo, J., Lópe-Goñi, J., y Arteaga, A. (2011). Tratamiento de agresores contra la pareja en programas de atención a drogodependientes: un reto futuro. *Adicciones*, 23 (1). 5-9.
- Stuart, O'Farell y Temple (2009). En Fernández-Montalvo, J., Lópe-Goñi, J., y Arteaga, A. (2011). Tratamiento de agresores contra la pareja en programas de atención a drogodependientes: un reto futuro. *Adicciones*, 23 (1). 5-9.

8. ANEXO

Tabla 1.1

REFERENCIA	OBJETIVO	PROGRAMA/ CONTENIDO	MUESTRA	INSTRUMENTOS/ VARIABLES	RESULTADOS
Pérez, Giménez y Espinosa (2013)	Evaluar eficacia P.I.	-Sesiones Grupo 25 Individual: 2 -Duración 6-12 meses -Contenido: n.s.	N: 770 G. experimental 635 G. control 135 (G. 12-15personas) X edad: 40 Penados VG. Medidas alternativas	Ev. pre-post ttº CTS2-Resol. Conflicto MMEA-Abuso ASI- Sexismo ERM-Responsabilidad CR- Celos STAX-2- Ira CPer-17 – Personalidad NEO-FFI-R- Personalidad EDS- Deseab. Social AQ-Agesión	(+) Calidad relación pareja, Asunción Responsabilidad, Empatía, Estrategias resolución conflictos (-) Sexismo, Celos, Abuso emocional, manifestaciones hostiles Conflicto pareja, Impulsividad, Hostilidad e Ira (n.s.) Personalidad: neuroticismo, extraversión, responsabilidad
Arrigoni, Jiménez, Navarro y Mendoza (2013)	Evaluar eficacia P.I.	-Sesiones Grupo: 25 Duración: n.s. -Contenido: Cog.-Cdtual	N: 38 G.: 4 2 con terapeuta mujer: 8 y 9 2 con terapeuta varón: 10 y 11 X edad: 39,06 Penados VG. Medidas alternativas	Ev. pre-post ttº MIPS- Personalidad PCL-R- Psicopatía SARA- Riesgo Abuso IPDMV- P. Distorsionados Mujer Test de Matrices Raven	(+) Personalidad: modificación, decisión, expansión, sistematización y sociabilidad (-) P. Distorsionados: Prejuicios mujer, uso violencia Personalidad: Conformismo, Psicopatía

Galanes y Tabernero (2013)	Evaluar eficacia P.I.	-Sesiones Grupo: 25 II partes: 11 módulos Duración: 6 meses -Contenido: Cog.-Cdtual	N: 10 X edad: 42,9 Penados VG Medidas alternativas	Ev. pre-post ttº Entrev. Semiestructurada SDS-10- Deseab. Social URICA- Ev. Cambio (Precontemplación, Contemplación, Actuación, Mantenimiento) Escala ad-hoc: Grado participación Consecución objetivos	Ev. Cambio: (+) etapa actuación (+) Cambio, decisiones, petición ayuda, actitudes adaptadas socialmente, asunción responsab. Hh comunicación, escucha activa, control ira, empatía (-) Concep. machistas
Rodríguez y López (2013)	Evaluar P.I. emocional cog.-cdtual.	Sesiones: n.s Duración: 10 y 12 meses -Contenido: Cog- cdtual. Emocional.	N 36. G. cog.-cdtual: 13 G. emocional: 11 G. control: 12 X edad: 33,45 Penados VG Penitenciarios	Ev. pre-post ttº URICA- Ev. Cambio (Precontemplación, Contemplación, Actuación, Mantenimiento) IPDMV- P. Distorsionados Mujer CDA- agresividad Expectativas cambio ad-hoc. STAXI-2- Ira BIS-11 Impulsividad	G. Cog.-Cdtual.: (-)P. distorsionados, impulsividad. (+) Etapa contemplación-actuación G. Emocional: (-) P. distorsionados mujer y violencia, Impulsividad total y motora. Ira. (-) Etapa contemplación-actuación G. Control: (-) violencia, impulsividad (n.s.) agresividad
Sahagún y Salgado (2013)	Evaluar P.I. : disminución impulsividad	-Sesiones: Grupo: 12 Individual: 2 - Duración: n.s. Contenido: Contextual-funcional	N: 18 G. experimental: 12 G. control: 6 X edad: 49,55 Penados VG Penitenciarios	Ev. pre-post ttº AAQ II- Aceptación E. de impulsividad R. malestar y acción Escala Funcionarios: Comportamiento valorado presos	Escala Funcionarios: (+) Cambio nivel actividad y valoración subjetiva comportamiento, satisfacción propia vida, asunción responsabilidad, control propia vida G. Experimental: (-) Evitación, Impulsividad , Esfuerzo eliminar malestar
Boira, López del Hoyo, Tomás, Gaspar. (2013)	Evaluar eficacia P.I	Sesiones: 24 Duración: n.s Contenido: Cog.-Cdtual	N: 62 G. Grupal : 15 G. Individual: 16 G. Estructurada: 16 G. Control: 15 X edad: 3	Ev. pre-post ttº Expectativas ttº URICA- Ev. Cambio (Precontemplación, Contemplación, Actuación, Mantenimiento) SCL-90-R- Síntomas	G. Individual: Expectativas ttº: (+) Satisfacción, Percep. logros conseguidos, expresión ideas, sentimientos, ap. resolución conflictos (-)hostilidad

			Penados VG. Medidas alternativas	BDHI- Hostilidad IRI- Reactividad interpersonal IPDMV-P. Distorsionados Mujer	G. Estructurada: Expectativas ttº: (+)toma perspectiva, valores cambio (-) depresión, severidad síntomas. G. Control: Síntomas: (-) sensibilidad interpersonal, ideación paranoide, Reactividad Personal: (-) empatía fantasía (n.s.) Hostilidad, P. Distorsionados Mujer
Lila, Oliver, Galiana y Gracia (2013)	Evaluación P.I. indicadores éxito	Sesiones: n.s. Duración: 38 semanas Contenido: 6 módulo: 1. Crear clima 2. Explicación VG 3-6: Estrategias 7 Prevención	N: 212 xG: 12 participantes X edad: 39,06 Penados VG. Medidas alternativas	SLEI - estresores SCICS: Apoyo social AUDIT- alcohol Satisfacción vida. ASI- Sexismo PCSQ- Participación comunidad STAI- Ansiedad STAXI-2- Ira CES-D- depresión E. Impulsividad E. Autoestima SDS-10- Deseab.Social SARA- Riesgo Abuso PSIPVS-Gravedad Violencia A. Responsabilidad	(+) Satisfacción vida, Conciencia gravedad violencia participación comunidad, autoestima, A.Responsabilidad, (-) alcohol, impulsividad, ira depresión, sexismo
Lila, Oliver, Català y Conchell (2014)	Evaluar PI - Reducir factores de riesgo. - incrementar factores protección	-Sesiones Grupo:.30 Duración: n.s. Contenido: 7 módulos 1. Crear clima 2. Explicación VG 3-6: Estrategias 7 Prevención	N: 212 X. edad: 39,06 Penados por VG. Penitenciarios	Ev. pre-post ttº PSIPVS- Gravedad Violencia A. Responsabilidad SARA- Riesgo Abuso STAXI- 2- Ira AUDIT- alcohol E. de impulsividad SCICS: Apoyo social SDS-10:-Deseab. Social	(+) Asunción responsabilidad, Conciencia de gravedad delito. Violencia apoyo social, (-) impulsividad, consumo alcohol, ira,

Caract.: características; **cogn-ctual:** cognitivo-conductual; **concep.:** concepción; **Emocional:** Regulación emocional; **Ev.:** Evaluación; **G.:** grupo/s; **hh:** habilidades; **Ident. tr. uso alcohol:** Identificación de trastorno por uso de alcohol; **IE:** Inteligencia emocional; **interv.:** Intervención; **P. distorsionados:** Pensamientos distorsionados; **P.I.:** programa intervención; **S. sistema legal:** Satisfacción con el sistema legal; **Ttº:** Tratamiento; **VG:** Violencia de Género

AAQ II: Cuestionario de Aceptación Acción II; **AQ:** Cuestionario de Agresión; **ASI:** Inventario sobre Sexismo Ambivalente; **AUDIT:** Alcohol Use Disorders Identification Test; **A. Responsabilidad:** Atribución de la Responsabilidad; **BDHI:** Inventario de Hostilidad; **BIS-11:** Escala de impulsividad; **CDA:** Cuestionario de agresividad; **CESD:** Centre for Epidemiologic Studies Depression Scale-7; **Consecución objetivos:** Valoración auto-informada de la consecución de objetivos de cada sesión; **Cper-17:** Cuestionario de Personalidad; **CR:** Cuestionario de Celos Románticos; **CTS2:** Escala de tácticas para la resolución de conflictos; **EDS:** Escala de Deseabilidad Social; **E. de impulsividad:** Escala de impulsividad de Plutchik; **ERM:** Escala de Atribución de Responsabilidad y Minimización; **Expectativas Cambio:** Escala de expectativas de cambio; **Expectativas ttº:** Cuestionario de expectativas ante el tratamiento; **Grado participación:** Escala para evaluar el grado de participación de cada sesión; **IPDMV:** Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y el Uso de Violencia; **IPVAW:** Escala de Atribución de Responsabilidad en la Violencia de Pareja; **IRI:** Índice de reactividad interpersonal; **MIPS:** Estilos de Personalidad de Millon; **MMEA:** Multidimensionalidad Measure of Emotional Abuse; **NEO-FFI-R:** Cuestionario de personalidad; **PCL-R:** Escala de evaluación de Psicopatía de Hare Reusada; **PSIPVS:** Perceived severity of Intimate Partner Violence Scale; **R. malestar y acción:** Registro de malestar y acciones valiosas; **SARA:** Spousal Assault Risk Assesment; **SDS-10:** Marlowe-Crowne Social Desirability Scale; **SCL-90-R:** Listado de Síntomas; **STAI:** Inventario de Ansiedad Estado-rasgo; **STAXI-2:** Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado; **Test de Matrices Raven:** Test de Matrices Progresivas de Raven; **URICA:** Escala de Evaluación para el cambio de la Universidad Rhole Island

