



Àmbit social i criminològic

CENTRE D'ESTUDIS JURÍDICS  
I FORMACIÓ ESPECIALITZADA

Ausiàs March, 40  
08010 Barcelona  
TEL. 93 207 31 14  
FAX: 93 207 67 47

 Generalitat de Catalunya  
Departament de Justícia

D O C U M E N T O S D E T R A B A J O

INVESTIGACIÓN

(Ayudas a la investigación, 2009)

**Estudio de las tipologías de  
agresores de pareja en  
los centros penitenciarios**

Autor

Ismael Loinaz Calvo

**Año 2010**

# Estudio de las tipologías de agresores de pareja en centros penitenciarios

---

Estudio validativo

ISMAEL LOINAZ

NOVIEMBRE 2009

El Centro de Estudios Jurídicos i Formació Especializada ha editado esta investigación respetando el texto original de los autores, que son responsables de su corrección lingüística.

Las ideas y opiniones expresadas en la investigación son de responsabilidad exclusiva de los autores, y no se identifican necesariamente con las del Centro de estudios Jurídicos y Formación Especializada.

#### **Aviso legal**

Los contenidos de esta investigación están sujetos a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 2.5 España de Creative Commons, cuyo texto completo se encuentra disponible en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/legalcode.ca>.

De esta manera, se permite copia, distribución y comunicación pública siempre que se cite al autor del texto y la fuente (Generalitat de Catalunya. Departamento de Justicia. Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada), tal y como consta en la citación recomendada incluida en cada artículo. No se pueden realizar usos comerciales ni obras derivadas.

Resumen en castellano:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/deed.cast>

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	5
2. MARCO TEÓRICO .....	8
Tipologías de agresores de pareja .....	8
El modelo de Holtzworth-Munroe y Stuart .....	8
Modelo de Dutton .....	10
Convergencia entre modelos .....	10
Estado actual de la materia .....	13
3. OBJETIVOS .....	14
4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN .....	16
Participantes .....	16
Instrumentos .....	17
Entrevista estructurada .....	18
Inventario de pensamientos distorsionados .....	19
Escala de autoestima .....	
Conflict Tactics Scales (CTS-2) .....	21
Inventario de expresión de ira (STAXI-2) .....	23
Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III) .....	23
Índice de reactividad interpersonal .....	24
Cuestionario de apego adulto .....	25
Escala de impulsividad de Barratt (BIS-11) .....	25
Escala de deseabilidad social .....	26
Procedimiento .....	26
Análisis de datos .....	28
RESULTADOS .....	29
Variables con interés tipológico .....	29
Trastornos de la personalidad .....	30
Distorsiones cognitivas .....	31
Ira .....	32
Conflict Tactics Scales .....	33
Apego adulto .....	36
Empatía .....	38
Impulsividad .....	39
Deseabilidad .....	41
Autoestima .....	42
Correlación entre variables .....	42
CONCLUSIONES .....	46

PROPUESTAS .....	49
REFERENCIAS.....	51
ANEXOS .....	55
ANEXO 1: Sistema de clasificación tipológica .....	60
ANEXO 2: CTS-2 .....	61

## **AGRADECIMIENTOS**

- Al Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada por mostrar su confianza y apoyar económicamente el proyecto.
- A Lluís Fernández (CP Brians-2) y Joan Carles Navarro (CP Brians-1) por el apoyo institucional.
- A Enrique Echeburúa (Universidad del País Vasco), Rafael Torrubia (Universidad Autónoma de Barcelona) y Margarita Ortiz-Tallo (Universidad de Málaga) por su apoyo académico.
- A Mayalen Irureta por su ayuda en todo momento y por sus valiosas revisiones.
- A Ester Valls por sus consejos y revisión lingüística.
- Al equipo VIDO de Brians-2, con Quim López a la cabeza, por confiar en el proyecto y respaldar mis propuestas: Alba García, Cristina Guillot, Ferran Domènech, Isabel Jodar, Juan Carlos Gil, Juanka Duran y Montse Solsona.
- A todos los internos del CP Brians-2 que han participado desinteresadamente permitiéndome desarrollar el proyecto.

## 1. Introducción

La violencia contra la pareja es un fenómeno sobre el cual existe cierto desconocimiento. Este desconocimiento se debe, en parte, a las distintas controversias existentes sobre el tema (Loseke, Gelles y Cavanaugh, 2005), entre otras, sobre sus causas, su intervención e incluso sobre la terminología a utilizar. Estas controversias no sólo fomentan la existencia de cuerpos teóricos contradictorios y políticas de intervención confrontadas, también provocan la ignorancia de las características reales de una violencia que puede darse en todo tipo de parejas.

Respecto a la terminología, la confusión puede ser tal que, en ocasiones, se hace difícil dilucidar el tipo de agresor al que hacen referencia algunos estudios. Éstos, dicen investigar sobre violencia y agresores *domésticos* o *familiares* y, por *definición*, dentro del concepto se incluyen hombres que han podido agredir a la pareja, pero también a otros miembros de la familia como la hermana, la hija o la madre (sirva como ejemplo la terminología utilizada en el ámbito penitenciario que impide la diferenciación *a priori* de los tipos de agresor).

Para el presente estudio (y la línea de investigación que lo antecede) se ha optado por utilizar el concepto *violencia contra la pareja (VCP)* y *agresor de pareja* por ser el que mejor se ajusta a la realidad analizada. Se considera que este tipo de violencia se da en distintos tipos de parejas: heterosexuales y homosexuales, que cohabiten o no, casadas o en sus primeros días de relación. Por otro lado, términos como *maltratador* impiden poder diferenciar la existencia de distintos tipos de agresor y de agresiones (distinta severidad o frecuencia por ejemplo). Así pues, pese a realizarse la investigación en hombres que han agredido a su pareja de sexo femenino, podemos afirmar que el tópico de *hombre agresor/mujer víctima* debería ser uno de los primeros muros a derribar a fin de poder ver más allá y avanzar en el conocimiento de la problemática.

Esta ausencia de interés por realidades distintas al estereotipo no hacen sino contribuir a la ignorancia de las verdaderas causas de la agresión entre

parejas y, por tanto, a pasar por alto distintas oportunidades para prevenirla y tratarla. Por todo ello, una de las primeras metas que nos deberíamos proponer desde los sectores académicos es el establecimiento de definiciones específicas, conceptos claros y poco confusos, y sistemas de clasificación y evaluación precisos y accesibles a los distintos sectores que se dedican a la problemática analizada.

La violencia contra la pareja afecta a un 3,9%-9,6% de las mujeres mayores de 18 años en España (Echeburúa, Fernández-Montalvo, Corral y López-Goñi, 2009). Según datos provisionales del Consejo General del Poder Judicial, sólo en Cataluña, durante el primer trimestre del 2009, se presentaron 4388 denuncias, se dictaron 74 medidas privativas de libertad y 1761 órdenes de protección a la víctima (CGPJ, 2009). Su coste individual, familiar y social es muy elevado, por ello, la prevención y su tratamiento adecuado son imprescindibles. Sin embargo, mientras que las modificaciones legales han producido un incremento exponencial de la población reclusa por delitos relacionados con la VCP, los recursos disponibles y la investigación existente no han aumentado en la misma medida.

Tratar o rehabilitar a un agresor implica modificar aquellas características del sujeto que lo impulsan a agredir, sin ello significar que el agresor sea un enfermo o deje de ser responsable de sus actos (Echeburúa, Corral, Fernández-Montalvo y Amor, 2004). Aceptar la existencia de determinados déficits o alteraciones cognitivo-conductuales, así como variables contextuales implicadas en los episodios violentos (al margen del propio libre albedrío), sólo es el primer paso hacia la rehabilitación del sujeto y hacia el cese de la violencia contra su pareja/víctima o contra una futura pareja. Así pues, podríamos afirmar que el análisis exhaustivo de estas variables en el conjunto de los agresores de pareja, y en cada agresor individualmente, es un punto de partida imprescindible antes de diseñar programas de tratamiento efectivos.

Por último, cabe recordar que estudios longitudinales han encontrado cifras de reincidencia que oscilan entre el 20% y el 60% en agresores de pareja tratados (Gondolf, 2000; Gondolf y White, 2001; Klein y Tobin, 2008). Estas cifras son muy superiores a las de los agresores sexuales y, sin embargo, no generan la misma alarma. La falta de consideración de las distintas tipologías

es una de las causas argumentadas para justificar este bajo éxito terapéutico. Los programas podrían ser inapropiados para una proporción sustancial de sujetos debido a la heterogeneidad de los agresores como grupo (Bowen, Gilchrist y Beech, 2008), por lo que la identificación de tipologías se ha propuesto como un predictor de cambio terapéutico (Holtzworth-Munroe y Meehan, 2004) y como una herramienta para mejorar los resultados adecuando las intervenciones a los diferentes tipos de agresores (Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman y Stuart, 2000).

Uno de los motivos que ha impulsado la línea de investigación, así como el proyecto actual, es el esclarecimiento de las verdaderas causas de la agresión en parejas, de los posibles factores individuales implicados en la génesis de la violencia así como la diferencia en estos factores entre distintos sujetos. Así, la clasificación de los agresores, o lo que es lo mismo, el establecimiento de una tipología de agresores de pareja, busca desvelar las características diferenciales de distintos individuos con el objetivo último de poder atenderlos y tratarlos conforme a dicha *individualidad*.

En un primer momento, el presente estudio pretende aportar mayor evidencia empírica sobre la propuesta tipológica y sobre la viabilidad de clasificar a los agresores de pareja, al menos en prisión. De ello se derivan distintas propuestas, siendo la más directa la adecuación de las intervenciones a las características de cada tipo de agresor identificado.

## 2. Marco teórico

### 2.1. Tipologías de agresores de pareja

Pese a que a nivel internacional son más de treinta años los que se lleva investigando en torno a las tipologías de agresores de pareja, su estudio en nuestro entorno ha comenzado a dar sus primeros pasos recientemente.

La clasificación tipológica parte de la base de que los agresores de pareja son un grupo heterogéneo, en el cual se pueden encontrar factores o variables que permitan diferenciar unos sujetos de otros (Byrne y Roberts, 2007; Dutton y Golant, 1997; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Johnson *et al.*, 2006).

Los distintos estudios han encontrado **dos** (Gottman *et al.*, 1995; Chase, O'Leary y Heyman, 2001; Johnson, 1995), **tres** (Chambers y Wilson, 2007; Dutton, 1988; Gondolf, 1988; Hamberger y Hastings, 1986; Hamberger, Lohr, Bange y Tolin, 1996; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Saunders, 1992; Twed y Dutton, 1998) o **cuatro** (Holtzworth-Munroe *et al.*, 2000; Johnson *et al.*, 2006) subtipos de agresores diferenciables en base a las distintas metodologías empleadas. Las principales variables utilizadas en estos estudios han sido los trastornos de la personalidad, la ira, la extensión de la violencia y el apego.

A continuación, resumiremos la propuesta de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994), que ha sido el principal modelo que ha guiado la presente investigación y el modelo de Dutton que, pese a contar con menor evidencia empírica, puede ser considerado una referencia básica a la hora de analizar las tipologías de agresores de pareja y el estudio de las variables relacionadas. Para profundizar en la clasificación tipológica de los agresores de pareja, y conocer otros modelos teóricos, se recomienda la lectura de Amor, Echeburúa y Loinaz (2009) donde se presenta una revisión teórica actualizada sobre la materia.

#### 2.1.1. El modelo de Holtzworth-Munroe y Stuart

La propuesta de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) ha sido el modelo de elección a la hora de diseñar la metodología para replicar el estudio original de tipologías en muestra española (Loinaz, 2009). El motivo de esta elección ha

sido el amplio apoyo empírico existente y la variedad de estudios que han sido capaces de replicar, en mayor o menor medida, la clasificación tipológica sugerida por los autores.

Holtzworth-Munroe y Stuart (1994), tras revisar quince estudios previos sobre tipologías, identificaron tres **dimensiones** (severidad de la violencia, generalidad de la violencia y psicopatología o trastornos de la personalidad), junto a **correlatos distales** (ocurridos en la infancia) y **proximales** (ocurridos en la edad adulta) considerados potenciales factores de riesgo (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Holtzworth-Munroe *et al.*, 2000). Los distintos valores en estas variables permitían diferenciar tres subtipos de agresores: el **violento sólo en la familia** (Family Only, FO), el **Borderline/Disfórico** (Borderline/Dysforic, BD) y el **Violento en General/Antisocial** (Generally Violent/Antisocial, GVA) cuyas características se muestran en la Tabla 1.

En un estudio empírico posterior, los autores propusieron la existencia de un cuarto subtipo de agresor, denominado **Antisocial-Nivel Bajo** (*Low Level Antisocial, LLA*), que por sus características se ubicaría entre el tipo FO y el GVA (Holtzworth-Munroe *et al.*, 2000).

**Tabla 1. Subtipos propuestos por Holtzworth-Munroe y Stuart (1994).**

<b>Subtipo</b>	<b>Valores en la Dimensión Descriptiva</b>
<b>Violentos sólo en la familia (FO)</b>	Baja severidad y generalidad de la violencia, baja implicación criminal, baja depresión y abuso de sustancias, y niveles moderados de ira.
<b>Disfóricos Borderline (DB)</b>	Violencia más severa que FO, moderados-altos niveles de violencia conyugal, violencia extra-familiar e implicación criminal bajas o moderadas. Presenta trastorno de personalidad borderline o esquizoide, niveles moderados de abuso de sustancias y altos niveles de depresión e ira.
<b>Violentos en general antisociales</b>	Niveles moderados-altos de violencia, altos niveles de violencia extra-familiar, implicación criminal y características de personalidad antisocial, con altos

---

<b>(GVA)</b>	niveles de abuso de sustancias, niveles moderados de ira y bajos de depresión.
--------------	--

---

### 2.1.2. El modelo de Dutton

Dutton (1988) sugirió la existencia de tres tipos de agresores similares a los encontrados posteriormente en la revisión de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994): *hipercontrolados, límites o cíclicos y violentos en general (antisociales)*. El autor afirma que las distintas propuestas tipológicas pueden resumirse ubicando a los agresores dentro de un modelo bidimensional: ***Impulsivos vs. Instrumentales*** y ***Subcontrolados vs. Hipercontrolados*** (Dutton, 2007). Los sujetos instrumentales utilizan la violencia para obtener beneficios concretos y de forma más severa, con estilos de personalidad antisocial, narcisista o agresiva/sádica; los impulsivos se caracterizan por una *personalidad abusiva* (apego temeroso, puntuaciones elevadas en organización borderline, ira crónica y síntomas traumáticos) y responden de forma violenta para liberar tensión acumulada; los sujetos hipercontrolados niegan su ira y experimentan frustración crónica y resentimiento hasta que explotan; por el contrario, los sujetos subcontrolados actúan de forma violenta con frecuencia (Twed y Dutton, 1998; Dutton, 2006, 2007).

Si algo resulta interesante de los trabajos de Dutton es el análisis y descripción multidimensional que ha realizado de la VCP. En sus estudios, cobran vital importancia variables poco analizadas por otros autores como el apego adulto o la organización de la personalidad límite. Si bien no todas sus propuestas cuentan con el suficiente apoyo empírico, de sus análisis se pueden deducir conceptos de alto interés aplicado en el estudio de las tipologías en nuestro entorno y de cara al tratamiento.

### **2.1.3. Convergencia entre modelos**

A continuación trataremos de unificar las dos propuestas anteriormente descritas y mostrar la convergencia con otros estudios en la materia. Daremos una descripción de los tres principales subtipos de agresores de pareja que se pueden encontrar en un estudio sobre tipologías, así como las variables que los definen.

#### **A) Agresores limitados a la pareja, normalizados, hipercontrolados (Tipo 1)**

Suponen aproximadamente entre el 12% y el 50% de los agresores (Dixon y Browne, 2003; Dutton y Golant, 1997; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Holtzworth-Munroe *et al.*, 2000; Johnson *et al.*, 2006; Saunders, 1992), son los que menor número de problemas psicológicos presentan y los que se muestran violentos con menor frecuencia (Johnson *et al.* 2006; Twed y Dutton, 1998). Son sujetos cuya violencia se limita a la pareja, sin conducta antisocial previa (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Holtzworth-Munroe *et al.*, 2000). Muestran alta deseabilidad social (Johnson *et al.*, 2006), y tratan de agradar al terapeuta y de evitar conflictos, controlando su ira hasta explotar (Dutton, 2007, 2006). Sus problemas toxicológicos son poco frecuentes (Holtzworth-Munroe *et al.* 2000; Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman y Stuart, 2003; Huss y Langhinrichsen-Rohling, 2006; Johnson *et al.*, 2006) y suelen solapar el consumo de alcohol con las agresiones (Dutton, 2006, 2007). Son sujetos de bajo riesgo (Cavanaugh y Gelles, 2005).

Cuando se etiqueta a este grupo como normalizado, no se quiere decir que su violencia sea normal, sino que raramente muestran psicopatología asociada. Existen dos clases de sujetos normalizados (Hamberger, 2009; Hamberger y Holtzworth-Munroe, 2009). a) Los que muestran características pasivo-dependientes tienden a sacrificar sus derechos para evitar conflictos y acumulan una tensión interna que puede explotar en momentos puntuales de forma desmesurada. b) Los que muestran características compulsivas se adaptan mediante la obediencia de normas y un disciplina propias, y son vistos por los demás como rígidos, inexpresivos y predecibles. El agresor compulsivo

interpreta los comportamientos de su pareja como violaciones de las reglas, hecho que le genera ira y ansiedad.

### **B) Agresores límites, disfóricos o patológicos (Tipo 2)**

Del 15% al 30% de los agresores pueden ser ubicados en este subtipo (Dixon y Browne, 2003; Dutton y Golant, 1997; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Holtzworth-Munroe *et al.*, 2000; Johnson *et al.*, 2006). Son los sujetos con más problemas psicológicos (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994), emocionalmente inestables, con altos niveles de depresión y ansiedad (Saunders, 1992). Muestran altos niveles de celos y dependencia, centran su ira en la pareja y presentan un estilo de apego temeroso/preocupado, oscilando rápidamente del amor y al odio (Dutton, Saunders, Starzonski y Bartholomew, 1994; Hamberger *et al.*, 1996; Holtzworth-Munroe *et al.*, 2000; Johnson *et al.*, 2006; Saunders, 1992). En algunos estudios se ha obtenido evidencia de que son los que mayor abuso emocional presentan (Dutton, 1994; 2007; Saunders, 1992). Su estilo de apego, su ira crónica y los síntomas traumáticos son características propias de la personalidad abusiva (Dutton, 2006, 2007; Dutton y Golant, 1997; Tweed y Dutton, 1998). Son agresores de riesgo medio/alto (Cavanaugh y Gelles, 2005).

Las distintas etiquetas utilizadas para describir a este subtipo reflejan la existencia de un continuo de características de la personalidad límite, más que de un diagnóstico específico del Trastorno Límite de la Personalidad (Dutton y Starzonski, 1993). Son vistos como impredecibles y las parejas los describen como personalidades tipo "*Dr. Jeckyll y Mr. Hyde*" (Hamberger, 2009; Hamberger y Holtzworth-Munroe, 2009).

Esta categoría tipológica es la más discutida. Distintos estudios han sido incapaces de encontrar diferencias significativas entre el grupo antisocial y el límite, por lo que se pone en entredicho la conceptualización de agresores límites como una entidad clínica diferente (DeSol, Margolin y John, 2003; Hamberger *et al.*, 1996; Waltz, Babcock, Jacobson y Gottman, 2000).

### **C) Agresores violentos en general/antisociales (Tipo 3)**

Suponen entre el 16% y el 47% de las distintas muestras (Dixon y Browne, 2003; Hart, Dutton y Newlove, 1993; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Holtzworth-Munroe *et al.*, 2000; Johnson *et al.*, 2006). Su principal característica es un comportamiento violento generalizado, que va más allá de la agresión a la pareja. Presentan conducta antisocial, con antecedentes policiales o penales. Su violencia es instrumental, buscando objetivos concretos y tienen actitudes favorables a la violencia, baja empatía y apego rechazante (Dutton, 2006, 2007; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Holtzworth-Munroe *et al.*, 2000). Ven a los demás (incluida la pareja) como objetos a su servicio, mostrando absoluta falta de empatía (Hamberger, 2009). Son los que mayor prevalencia de violencia sexual y psicológica presentan (Holtzworth-Munroe *et al.*, 2000; Saunders, 1992). Sus principales rasgos de personalidad son el narcisista y el antisocial (Hamberger *et al.*, 1996). Presentan mayor prevalencia de abusos en la infancia y menores niveles de ansiedad e ira (Saunders, 1992). Obtienen puntuaciones significativamente superiores en actitudes machistas (Johnson *et al.* 2006) y son considerados agresores de alto riesgo (Cavanaugh y Gelles, 2005).

En el **Anexo 1** se presenta una tabla resumen de las principales características de cada subtipo de agresor (con alguna indicación sobre riesgo y tratamiento), que puede ser utilizada para ubicar *a priori* a un determinado agresor en un subtipo y grupo de tratamiento correspondiente.

### **2.2. Estado actual de la materia**

Esfuerzos recientes en nuestro entorno han tratado de establecer las diferencias entre agresores homicidas y no homicidas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2005), entre sujetos en comunidad o en prisión (Fernández-Montalvo, Echeburúa y Amor, 2005) y entre agresores de pareja con y sin psicopatía (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2007). Por otro lado, el interés actual se centra en la predicción del riesgo (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral, 2008, 2009; Echeburúa *et al.*, 2009), así como en la valoración de las intervenciones terapéuticas (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009;

Echeburúa, Sarasua, Zubizarreta y Corral, 2009; Martínez, Pérez y López, 2008).

El interés clasificatorio se está extendiendo a otro tipo de delincuentes violentos, con los que se han propuesto clasificaciones multiaxiales con la personalidad como eje central (Ortiz-Tallo, Fierro, Blanca, Cardenal y Sánchez, 2006; Ortiz-Tallo, Cardenal, Blanca, Sánchez y Morales, 2007).

Los últimos estudios sobre agresores de pareja han propuesto clasificaciones en las que se incluían nuevos instrumentos de evaluación (Chambers y Wilson, 2007) y se han presentado alternativas conceptuales a las clasificaciones tipológicas, como el modelo diádico del desarrollo de la violencia en la pareja de Capaldi y Kim (2007). Otras clasificaciones se han centrado en una única variable como la ira (Eckhardt, Samper y Murphy, 2008).

También se está analizando la relevancia de evaluar y tratar las conductas adictivas, afirmándose que por sí mismo reduce el riesgo futuro de reincidencia (Bennett, 2008). La problemática toxicológica también ha sido analizada en nuestro entorno en un estudio que mostraba distintos perfiles psicosociales de agresores y de víctimas en contextos de consumo de drogas (Valls, 2008).

Por último, se está prestando especial atención a las implicaciones de las tipologías en la predicción del riesgo (Hamberger, 2009), así como su utilización en el diseño de programas de tratamiento para agresores de pareja y la eficacia diferencial de los mismos en función del subtipo de agresor (Huss y Ralston, 2008) (ver Loinaz, Torrubia, Echeburúa, Navarro y Fernández, 2009).

### 3. Objetivos

Estudios internacionales indican que los programas de tratamiento para aquellos que agreden a sus parejas podrían no ser eficaces. La falta de consideración de las distintas tipologías de agresores es una de las causas argumentadas. Por otro lado, las elevadas cifras de incidencia junto a las de reincidencia (de las cuales aún no disponemos en nuestro entorno) deberían provocar la reconceptualización de los tratamientos y la evaluación de las distintas variables involucradas en la etiología de la conducta violenta contra la pareja.

El análisis pormenorizado de estas variables, en distintos agresores, permitirá un mejor conocimiento del origen del problema y un mejor tratamiento del mismo. Por otro lado, se podrán prevenir de manera más efectiva futuras agresiones en sujetos tratados y primeras agresiones en sujetos con factores de riesgo a los que se les pueda ofrecer una atención previa al sistema penal.

El presente estudio pretende profundizar en la clasificación de los agresores de pareja y en el conocimiento de las posibles causas de este tipo de violencia. Se espera aportar mayor evidencia empírica sobre la posibilidad de clasificar a los agresores en grupos diferenciados y, por tanto, sobre la posibilidad de diseñar intervenciones ajustadas a estas diferencias.

A lo largo del texto se describirán las características que diferencian a unos agresores de otros, la metodología apropiada para conseguir dicho objetivo y la idoneidad de los instrumentos disponibles para la evaluación de los agresores, tanto en entornos penitenciarios como en medio abierto.

Los objetivos específicos de esta investigación son:

- Presentar al lector la utilidad y metodología de la clasificación tipológica de agresores de pareja.
- Confirmar los resultados obtenidos en un estudio previo en el centro penitenciario Brians-2, validando la posibilidad de clasificar a los agresores de pareja en nuestro entorno.

- Establecer el protocolo de evaluación pertinente para asignar a los agresores a su grupo de pertenencia.
- Proponer algunas directrices sobre la aplicación de los resultados a los programas de tratamiento.

Entre las cuestiones globales a las que se ha querido dar respuesta a través del presente estudio (y la línea de investigación sobre tipologías) se encuentran las siguientes:

1. ¿Son los modelos internacionales sobre tipologías aplicables en nuestro entorno?
2. ¿Es posible clasificar la población de agresores de pareja siguiendo los modelos anglosajones presentes en la literatura científica?
3. ¿Cuáles son los subtipos de agresores de pareja que se pueden encontrar en nuestros centros penitenciarios?
4. ¿Es posible diseñar programas de tratamiento específicos adecuados a las necesidades de cada subtipo de agresor?

Al margen del motivo central de la presente investigación, la validación de la tipología propuesta en un estudio previo (Loinaz, 2009; Loinaz, Echeburúa y Torrubia, 2010; Loinaz, Echeburúa, Torrubia e Irureta, 2009), se espera contribuir a mejorar el conocimiento sobre este fenómeno violento, así como favorecer un tratamiento adecuado del problema, que beneficie a víctimas y agresores. Las investigaciones no sólo deben servir para difundir un determinado conocimiento, debemos conseguir que este conocimiento pueda ser aplicado y revertida en beneficio de la sociedad.

## 4. Diseño de la investigación

Uno de los factores más importantes de una investigación es su replicabilidad. Como hemos comentado en el marco teórico, los distintos estudios sobre tipologías han llegado a conclusiones parecidas pero nunca iguales. Esta variabilidad se puede deber al uso de metodologías dispares, modelos teóricos particulares, medidas de evaluación distintas y, especialmente, al análisis de muestras de agresores de distinta procedencia. Otro factor elemental es el uso de conceptos difusos, como pueden ser violencia doméstica o de género, mediante los cuales se aporta poca claridad científica respecto al tipo de agresión y agresores incluidos en el estudio.

Por ello, el presente apartado es de gran importancia de cara a la comprensión de la metodología empleada y la muestra objeto de estudio, a fin de poder reproducir los resultados aquí encontrados, en investigaciones futuras en la materia y en la práctica diaria de profesionales que trabajan con esta población de agresores. No debemos olvidar el interés eminentemente práctico de la clasificación tipológica, tanto para la comprensión de la etiología de la agresión, y de la clínica del agresor, como para el diseño de intervenciones adecuadas para prevenir y tratar la violencia en la pareja.

### 4.1. Participantes

La muestra analizada pertenece al CP Brians-2. Todos los sujetos cumplían condena durante el período en que se realizó la investigación.

Los ***criterios de inclusión*** en el estudio son los siguientes:

- 1) Sujeto condenado por un delito de “violencia doméstica o de género” en el que la víctima fuese la pareja o ex-pareja.
- 2) Nacionalidad española o inmigrante con dominio del español (principalmente latinoamericanos).
- 3) Participación voluntaria y consentida en el estudio.
- 4) Compromiso de participación en todas las sesiones propuestas.

La población inicial de agresores susceptible de ser incluida en el estudio era de 130 internos. De ellos, 25 correspondían a sujetos evaluados en el estudio piloto del 2008 y al menos 25 no cumplían todos los criterios de inclusión. Así, la muestra inicial de posibles candidatos se redujo a 80 sujetos.

De los 57 sujetos a los que se les solicitó su participación, sólo uno se negó. Se realizaron 56 primeras sesiones, pero 6 sujetos han sido eliminados del análisis final por no completar todo el protocolo. El proceso de evaluación se detuvo al alcanzar una muestra igual a la del estudio piloto previo, compuesta por 50 agresores.

### ***Características sociodemográficas de la muestra final***

La muestra final tiene una media de edad de 38,45 (dt=9,05) con un rango de 22 a 59 años. El 36% de la muestra es extranjera. La condena media es de 49,33 meses (dt=29,32, rango 12-144). El 54% informó sobre algún tipo de problema toxicológico (42% alcohol, 36% drogas y el 22% ambos). Un 18% afirmó tener al menos un ingreso psiquiátrico previo y el 20% algún intento de suicidio. El 18% afirmó haber sufrido algún tipo de maltrato en la infancia. El 42% había realizado un tratamiento para la violencia y el 32% para toxicomanías. Un 14% incluyó algún tipo de arma en al menos una agresión. El 26% pretende retomar la relación tras la condena.

Desde el punto de vista victimológico, la media de edad de las víctimas es de 37,22 años (dt=9,88, rango 19-61). El 32% son extranjeras. Un 36% necesito atención médica tras algún episodio violento (según informan los agresores) y actualmente mantiene algún tipo de contacto con el agresor el 28%.

## **4.2. Instrumentos**

En la **Tabla 2** se muestra el listado de los instrumentos utilizados en la presente investigación. Al margen de estos instrumentos psicométricos, durante el estudio se han incluido otras fuentes de información colateral como son las sentencias, los informes profesionales y la base de datos SIPC. Los instrumentos han sido seleccionados según su valor diagnóstico a la hora de

establecer clasificaciones tipológicas y su capacidad para abarcar el espectro de variables de interés, tal como se presenta en estudios previos a nivel internacional. Por otro lado, en todo momento se ha pretendido utilizar material de fácil acceso para todos los profesionales que trabajan con poblaciones de agresores de pareja. La intención es que la clasificación tipológica y la evaluación sistemática de los agresores no supongan una complicación añadida al trabajo diario. Todos los instrumentos (excepto la CTS-2 que fue adaptada específicamente para el estudio piloto) han sido adaptados en población española. Pese a ello, uno de los principales retos en este campo de investigación es la utilización de instrumentos puestos a prueba y validados en población reclusa y de agresores.

**Tabla 2. Listado de instrumentos utilizados**

1. **Entrevista:** adaptación PCL-SV y entrevista estructurada de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1994).
2. **Inventario de pensamientos distorsionados (IPDMV)** de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998); versión factorial de Ferrer, Bosch, Ramis, Torres y Navarro (2006).
3. **Escala de Autoestima de Rosenberg** (1965).
4. **Conflict Tactics Scale-2 (CTS-2)** de Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman (1996); (traducción Loinaz, 2008).
5. **Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)**; adaptación española de Cardenal y Sánchez (2007).
6. **Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo-2 (STAXI-2)** de Spielberger; adaptación española de Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger (2001).
7. **Índice de Reactividad Interpersonal** de Davis (1980); adaptación española de Mestre, Frías y Samper (2004).
8. **Cuestionario de Apego Adulto** de Malero y Cantero (2008).

- 
9. **Escala de Impulsividad de Barratt** (BIS-11); adaptación española de Oquendo *et al.* (2001).
  10. **Escala de Deseabilidad Social** de Marlowe y Crowne; adaptación española Ferrando y Chico (2000).
- 

#### 4.2.1. Entrevista estructurada

Unos de los intereses futuros de la línea de investigación tipológica es el estudio de las variables psicopáticas en los distintos subtipos. Esta evaluación permitirá establecer con mayor fiabilidad las características antisociales de uno de los grupos frente al otro (u otros). Una de las dudas que se han planteado, sobre la asignación de los sujetos a cada grupo, es la susceptibilidad a la manipulación por parte del agresor, cuestionándose en qué medida la pertenencia al grupo normalizado podría ser resultado de una mayor deseabilidad social y engaño por parte de esos sujetos. La duda puede ser resuelta de varias formas, dado que durante la evaluación se toman en consideración distintas fuentes de información difíciles de manipular por el sujeto (sentencias, informes de profesionales del centro penitenciario, etc.). Pese a ello, se ha decidido incluir en el protocolo la evaluación de la psicopatía mediante la versión screening de la Psychopathy Checklist de Hare (PCL-SV). Con ello se pretende encontrar diferencias significativas entre grupos en las facetas psicopáticas, debidas a su conducta realmente antisocial y no a su distorsión de la realidad.

Así pues, para el presente estudio se preparó una entrevista estructurada que contuviese los ítems necesarios para valorar la PCL-SV y aquellos ítems de interés de la entrevista estructurada de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1994) utilizada en el estudio piloto.

Cabe señalar que, debido a la complejidad de la prueba y la minuciosidad que requiere su puntuación, en el presente estudio no se ha incluido la evaluación de la psicopatía por exceder el objetivo inicial y superar los recursos

disponibles. Así pues, queda pendiente su puntuación, debiéndose acceder a la información colateral de cada sujeto y dedicar el tiempo necesario para que el diagnóstico sea fiable y riguroso.

#### **4.2.2. Inventario de pensamientos distorsionados (IPDMV)**

El IPDMV es el principal instrumento (disponible en español) de evaluación de las distorsiones cognitivas en agresores de pareja. Su versión original está compuesta por 29 ítems repartidos en dos escalas: 13 ítems sobre roles sexuales e inferioridad de la mujer, y 16 sobre el uso de la violencia como medio aceptable para resolver conflictos. El formato de respuesta es de verdadero o falso y se debe señalar si las ideas expresadas corresponden, o no, con la manera habitual de pensar, puntuándose cada respuesta afirmativa (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2005; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2007).

En el presente estudio se ha utilizado la versión factorial propuesta por Ferrer *et al.* (2006), utilizada en el estudio piloto y que mostró resultados más precisos que la versión original. Los autores han sustituido la respuesta dicotómica por una escala Likert de 4 puntos y han eliminado aquellos ítems que correlacionaban menos de 0.30 con la puntuación total (ítems 8, 19, 27, 28 y 29). La versión final consta de 24 ítems y presenta un alpha de Cronbach de 0,84. Por último, propusieron una corrección que agrupa los ítems en cuatro factores: 1) Aceptación del estereotipo tradicional y la misoginia, 2) Culpabilización de las mujeres víctimas del maltrato, 3) Aceptación de la violencia como forma adecuada para la solución de problemas y 4) Minimización de la violencia contra las mujeres como problema y desculpabilización del maltratador.

Para contar con mayor fiabilidad y evitar en lo posible las respuestas socialmente deseables y las respuestas afirmativas por incomprensión del ítem, se aplicó el inventario de forma oral durante la entrevista, explicando el significado de ítems confusos y remarcando la libertad de opinión para obtener la respuesta más sincera.

#### **4.2.3. Escala de autoestima de Rosenberg (EA)**

Se trata de una escala de uso difundido para la evaluación del grado de aceptación y respeto que tiene el sujeto hacia sí mismo. Consta de 10 ítems con alternativa de respuesta tipo Likert (1-4). El rango de puntuación es de 10 a 40. Su consistencia interna oscila entre el 0,85 y el 0,88, y su fiabilidad test-retest del 0,72 al 0,85 (Rosenberg, 1965; Vázquez, Jiménez, Vázquez-Morejón, 2004). Los puntos de corte utilizados son los siguientes:  $\leq 25$  puntos, autoestima baja; 26-29, autoestima media; y  $\geq 30$ , autoestima alta.

#### **4.2.4. Conflict Tactics Scales-2 (CTS-2)**

La CTS-2 es uno de los instrumentos de evaluación de la violencia de pareja más extendido en Norteamérica (Straus, 2007; Chambers y Wilson, 2007) y sus ítems son utilizados en algunas escalas de predicción de riesgo para establecer los criterios de agresión física (Hilton, Harris y Rice, 2009). En nuestro entorno, ha sido utilizada principalmente para estimar la prevalencia de violencia contra la pareja en mujeres (Medina-Ariza y Barberet, 2003).

Los primeros datos sobre su utilización en agresores a nivel nacional corresponden al estudio piloto sobre tipologías (Loinaz, 2009; Loinaz *et al.*, 2010; Loinaz, Echeburúa *et al.*, 2009). Para su utilización, se elaboró una traducción/adaptación y se puso a prueba con algunos internos para poder corregir posibles fuentes de error antes de su uso definitivo (ver **Anexo 2**). Dado el desconocimiento sobre la escala, nos detendremos algo más en su descripción.

La CTS-2 está compuesta por 78 ítems, 39 para cada miembro de la pareja. Se estructura en cinco escalas, divididas a su vez en dos subescalas. Mide el grado en que ambos miembros de una pareja (novios, casados o que cohabiten) se ven envueltos en ataques físicos o psicológicos mutuamente, así como el uso técnicas como el razonamiento y la negociación para resolver conflictos por parte de cada miembro (Straus *et al.*, 1996).

Consta de 8 alternativas de respuesta. Los valores del 1 al 6 corresponden a la frecuencia en la que puede haber ocurrido el hecho mencionado en el ítem. La respuesta 0 implica que la conducta descrita no ha ocurrido nunca en la relación, y la respuesta 7 significa que la conducta no ha ocurrido en el período

de referencia, pero sí ocurrió en algún momento de la relación distinto al referido. El tiempo para cumplimentarla oscila entre los 10 y 15 minutos.

El período de referencia en la escala original es el último año. Los autores indican que éste puede adecuarse a distintas necesidades, preguntando por otros períodos como *desde que la relación comenzó*, un período *previo al tratamiento o posterior*, etc. (Straus *et al.*, 1996), pero dependiendo del período utilizado no será posible el cálculo de la frecuencia anual (Rathus y Feindler, 2004). En nuestro caso, debido a la heterogeneidad de la muestra (tiempo de internamiento, demoras en juicios, tiempo desde separación, etc.) se ha utilizado como referencia *el último año de relación con la víctima*.

Por último, describiremos brevemente las modalidades de corrección mencionadas por Straus (2007):

- **Frecuencia:** indica el número de veces que ha sucedido una conducta o conductas de una escala (por ejemplo agresiones físicas o psicológicas) en el período de referencia propuesto (en nuestro caso durante el último año de relación). Computan las respuestas del 1 al 6, a las que se les asigna el valor del punto medio propuesto por los autores (Straus *et al.*, 1996). Para las respuestas 0, 1 y 2, los puntos son los mismos. Para la respuesta 3 (de 3 a 5 veces) el punto medio asignado es el 4; para la respuesta 4 (de 6 a 10 veces) el valor asignado es 8; para la respuesta 5 (de 11 a 20 veces) el valor asignado es 15; y para la respuesta 6 (más de 20 veces) el punto medio propuesto por los autores es 25. La respuesta 7 se puntúa como 0.

- **Prevalencia:** indica si una o más de las conductas de cada escala han ocurrido o no (presencia de violencia física por ejemplo). Pueden valorarse distintos períodos de tiempo (por ejemplo el último año) o el total de la relación. Se utiliza principalmente en las escalas de agresión física, daños y coerción sexual. Para el cálculo de prevalencia total (presencia en toda la relación), se transforma cada respuesta del 1 al 7 en 1, y el 0 en 0. Los ítems no se suman, por lo que la prevalencia para cada subescala será 1 o 0, significando que se produjo o no respectivamente alguna de las subescalas a lo largo de la

relación. Para la prevalencia anual, el ítem 7 puntuaría 0 (Straus *et al.*, 1996; Rathus y Feindler, 2004).

- **Severidad de la violencia física:** es otra posibilidad de corrección sugerida por Straus, asignando un valor teórico propuesto por el autor a cada ítem de las escalas de violencia física. Es un tipo de corrección que podría ser útil para valorar la severidad de las conductas frente a la cuantificación de la frecuencia sin información de la gravedad. Los valores sugeridos son: ítems 7, 9, 17, 45 y 53 = 1 punto; ítems 27 y 73 = 3 puntos; ítems 33, 37, 43 y 61 = 5 puntos; ítem 21 = 8 puntos.

#### 4.2.5. Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo 2 (STAXI-2)

La adaptación española está compuesta por 49 ítems, divididos en 6 *escalas* (estado, rasgo, expresión externa, expresión interna, control externo y control interno), 5 *subescalas* (sentimiento, expresión verbal, expresión física, temperamento y reacción) y un *índice* de Expresión de la Ira (IEI) que ofrece la medida general de expresión y control de la ira. El tiempo de aplicación de la versión completa es de 10 a 15 minutos. En esta investigación se ha utilizado sólo el Rasgo (se prescinde de los 15 primeros ítems) ya que el Estado se mostró poco específico en el estudio piloto (se ve afectado por aspectos diarios de la vida en prisión como son la asignación de actividades, permisos, etc., más que por características propias del sujeto).

Pese a no ser la medida de elección para agresores en estudios anglosajones, ha sido utilizado en distintos estudios asociando sus resultados con la conducta violenta (Babcock, Costa, Green y Eckhardt, 2004; Boyle y Vivian, 1996; Eckhardt, 2007; Greene, Coles y Johnson, 1994). Por otro lado, un estudio reciente (Eckhardt *et al.*, 2008) ha propuesto una clasificación de agresores de pareja basado en las puntuaciones del STAXI, junto al MCMI-III y la CTS-2. En nuestro entorno, se dispone de varias investigaciones con las que comparar los resultados (Echeburúa *et al.*, 2003, Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2006; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2005).

#### 4.2.6. Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III)

El MCMI, en sus distintas ediciones, es considerado uno de los instrumentos de elección para la evaluación de los trastornos de la personalidad (Pelechano, de Miguel y Hernández, 1995; Salamero *et al.*, 2005) y ha sido el más utilizado en los distintos estudios sobre tipologías. La tercera versión del inventario se publicó en España en el 2007 (adaptación española de Cardenal y Sánchez) y su utilización en investigaciones aún es novedosa.

Respecto a otros inventarios de personalidad, el MCMI-III se distingue por su brevedad relativa. Sus 175 ítems (frente a los 567 del MMPI o los 344 del PAI) lo hacen una herramienta fácil de utilizar y que puede responderse en 20-30 minutos. A la hora de diseñar un protocolo de evaluación, la brevedad relativa debe ser un factor de primer orden y se debe sacrificar la exhaustividad por la viabilidad. Un protocolo excesivamente complejo y denso puede provocar un elevado cansancio en los participantes obligándoles a abandonar la sesión o a falsear las respuestas para terminar antes.

Los resultados se presentan en forma de puntuación de prevalencia (PREV), una puntuación típica diseñada para fijar los puntos de corte a la prevalencia de un determinado atributo en población psiquiátrica. En las escalas de **personalidad**, la PREV=75 indica la *presencia del rasgo*, y 85 la *presencia del trastorno*. En las **escalas clínicas** PREV=75 indica la *presencia del síndrome*, mientras que 85 indica la *prominencia* del mismo.

Respecto a la consistencia interna del instrumento, en la validación española se obtuvieron coeficientes alfa de Cronbach comprendidos entre 0,65 y 0,88. La fiabilidad test-retest del instrumento es elevada en períodos cortos de tiempo (mediana de 0,91).

#### 4.2.7. Índice de Reactividad Interpersonal (IRI)

Es una de las medidas más utilizadas para evaluar la empatía. La empatía está relacionada con la disposición prosocial y la inhibición de la agresividad (Mestre *et al.*, 2004). El índice está formado por 28 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert (1-5) y evalúan cuatro dimensiones: **1) Toma de**

**Perspectiva:** mide la capacidad para apreciar el punto de vista de los demás y los intentos del sujeto por adoptar la perspectiva del otro ante situaciones de la vida cotidiana; **2) Fantasía:** mide la capacidad imaginativa para ponerse en situaciones ficticias e identificarse con personajes ficticios; **3) Preocupación Empática:** mide la capacidad para mostrar compasión, preocupación y cariño frente al malestar de otros (sentimientos orientados al otro); **4) Malestar Personal:** evalúa sentimientos de ansiedad y malestar al observar experiencias negativas en los demás (sentimientos orientados al yo).

En su versión original presenta una fiabilidad interna del 0,70-0,78 (Davis, 1980), mientras que la versión utilizada encuentra valores del 0,56-0,70 en las distintas escalas. La escala *toma de perspectiva* y la de *preocupación empática* son las que más correlacionan entre sí y son considerados los componentes más importantes de la respuesta empática. La escala ha sido utilizada en estudios previos con agresores de pareja en nuestro entorno, pero el formato de las puntuaciones (por diferencias en las versiones) no permite su comparación directa.

#### **4.2.8. Cuestionario de Apego Adulto (CAA)**

Se trata de un instrumento elaborado y baremado con muestra española. Compuesto por 40 ítems, ofrece información en cuatro escalas: **Escala 1:** baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; **Escala 2:** resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; **Escala 3:** expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; **Escala 4:** autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad. Permite la clasificación de los sujetos en dos clusters (seguros/inseguros) o en cuatro (temerosos, preocupados, seguros y alejados), según se combinen las cuatro escalas. Su consistencia interna oscila del 0,68 al 0,86.

#### **4.2.9. Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11)**

Es un instrumento de uso habitual en distintas muestras de agresores. Formado por 30 ítems, con 4 alternativas de respuesta, ofrece información sobre tres factores: *impulsividad cognitiva*, *impulsividad motora* y *ausencia de planificación*. A mayor puntuación, mayor presencia del rasgo en la subescala.

La adaptación española ha obtenido un coeficiente alfa de 0,75 y la estructura factorial apoya el modelo de Barratt.

Gracias a un trabajo previo financiado por el CEJFE (Raya, Villacorta y Medina, 2008) se dispone de baremos adaptados al entorno penitenciario. Del mismo estudio se desprende que la impulsividad, medida con el BIS-11, correlaciona negativamente de forma significativa con la estabilidad emocional, con el ajuste social o con la deseabilidad social entre otras variables, y positivamente con la agresividad, la independencia y la ansiedad.

#### **4.2.10. Escala de Deseabilidad Social de Marlowe y Crowne (EDS)**

Se trata de una escala de 33 ítems cuyo objetivo es medir el grado en que un sujeto trata de mostrarse conforme a lo que piensa que es socialmente deseable. Es decir, un sujeto con alta deseabilidad social daría una determinada respuesta al considerarla más conveniente o deseable, al margen de lo que realmente es. Por lo tanto, la medida obtenida sería una imagen distorsionada voluntariamente por el sujeto, que disimula o intenta quedar bien.

En la adaptación española se obtuvo una puntuación media de 15,83 (dt=5,15), valores similares a los de la versión original. El coeficiente de fiabilidad fue de 0,78.

### **4.3. Procedimiento**

El estudio ha seguido distintas fases. La fase inicial se dedicó a un primer contacto con la muestra mediante el listado de los sujetos disponibles en el módulo 12 del CP Brians-2. De este listado, se seleccionaron los internos que cumplían los criterios de inclusión. Para ello, fue necesario conocer su dominio del español, la víctima concreta del delito por el que estaba penado (dentro de violencia doméstica se incluyen víctimas distintas a la pareja) y la fecha de cumplimiento a fin de poder incluirlos en todo el proceso. Posteriormente fueron recopilándose otras variables del historial.

Las siguientes fases incluían la evaluación individual y grupal de los participantes, tal como se describe a continuación. Todos los sujetos fueron informados individualmente del objetivo del estudio y se solicitó su participación

voluntaria mediante un consentimiento firmado. El consentimiento incluía el permiso para grabar el audio de la primera sesión, necesario para garantizar la máxima fiabilidad de cara a valorar la PCL-SV en un momento posterior. El proceso de evaluación tuvo lugar entre los meses de abril y octubre de 2009.

El protocolo de evaluación diseñado originalmente consistía en dos sesiones. La **primera sesión** (individual) incluía el consentimiento informado, la entrevista estructurada y la administración oral del inventario de pensamientos distorsionados junto a la escala de autoestima. Su extensión mínima era de 90 minutos. La **segunda sesión** (grupal) incluía los autoinformes de personalidad (MCMI-III), ira (STAXI-2) y conflictos de pareja (CTS-2). Una evaluación del protocolo, durante las primeras aplicaciones, puso de manifiesto el interés de incluir la medida de nuevas dimensiones (como el apego, la impulsividad o la empatía), ampliando así la evaluación psicométrica y la duración de la misma. Así pues, se constituyó el protocolo definitivo que incluía todas las medidas descritas en el apartado anterior.

Dada la gran heterogeneidad de la muestra (respecto a sus capacidades intelectuales, su hábito de lectura o su capacidad de concentración), el tiempo requerido para completar todas las pruebas era muy variable (desde 90 minutos hasta más de 240). Así, se estableció una segunda sesión abierta, ofreciendo al participante la opción de completar todos los instrumentos en una sesión o de continuar con una tercera sesión (reincorporándose a un grupo posterior). Por tanto el proceso tuvo la siguiente estructura (**Tabla 3**).

<b>Tabla 3. Estructura de la evaluación</b>		
<b>SESIÓN 1</b>	<b>SESIÓN 2</b>	<b>SESIÓN 3</b>
<i><b>Evaluación individual</b></i>	<i><b>Evaluación grupal</b></i>	<i><b>Evaluación grupal</b></i>
Mínimo 90 minutos	MCMI-III	<i><b>(opcional)</b></i>
	STAXI-2	
Consentimiento informado	CTS-2	
		←BIS-11→
Entrevista estructurada		

---

Escala autoestima

←C. Apego→

←IRI→

←Deseabilidad→

---

La evaluación y la corrección de las pruebas fue realizada por el autor de la investigación (ajeno a la institución penitenciaria), con la finalidad de mantener el anonimato garantizado en el primer contacto con el interno (los resultados sólo serían compartidos con el equipo terapéutico con el consentimiento del interno). Por otro lado, se buscaba que el participante pudiese ser lo más sincero posible, evitando las respuestas mediadas por beneficios penitenciarios.

#### **4.4. Análisis de datos**

Toda la información ha sido codificada y analizada mediante el programa estadístico SPSS 17.0.

El procedimiento utilizado para clasificar a los sujetos en grupos homogéneos ha sido el **análisis de conglomerados** mediante el **método Ward** (método de análisis jerárquico en el que la diferencia entre los grupos se calcula mediante la distancia euclídea al cuadrado -suma de los cuadrados de las diferencias entre los valores de las variables-). Es el método más utilizado en la literatura sobre la materia, por sí sólo (Huss y Ralston, 2008) o junto al K-medias (Chambers y Wilson, 2007; Eckhardt *et al.*, 2008; Holtzworth-Munroe *et al.*, 2000). Este método ha sido elegido también para clasificar delincuentes violentos en muestra penitenciarias de nuestro entorno (Ortiz-Tallo *et al.*, 2006; 2007).

Dado que el objetivo central de la investigación es validar los resultados obtenidos en el estudio piloto, la metodología estadística se ha mantenido. Así, se han realizado diversos análisis de conglomerados para confirmar la pertenencia de un sujeto a un grupo concreto. Para el análisis principal se han seleccionado las puntuaciones en cinco trastornos de la personalidad

(antisocial, compulsivo, paranoide, narcisista y límite) y en distorsiones cognitivas (total del IPDMV versión Ferrer *et al.*, 2006). Los análisis paralelos incluyeron el índice de expresión de ira (del STAXI-2), las escalas de dependencia de sustancias del MCMI o todas las puntuaciones del MCMI en trastornos de la personalidad. Las variables de la CTS no han sido incluidas dado que no mostraron capacidad discriminadora en el estudio piloto.

Para comparar ambos grupos, se ha utilizado el estadístico no paramétrico *U de Mann-Whitney*, dado el tamaño reducido de la muestra y la distribución anormal de las variables.

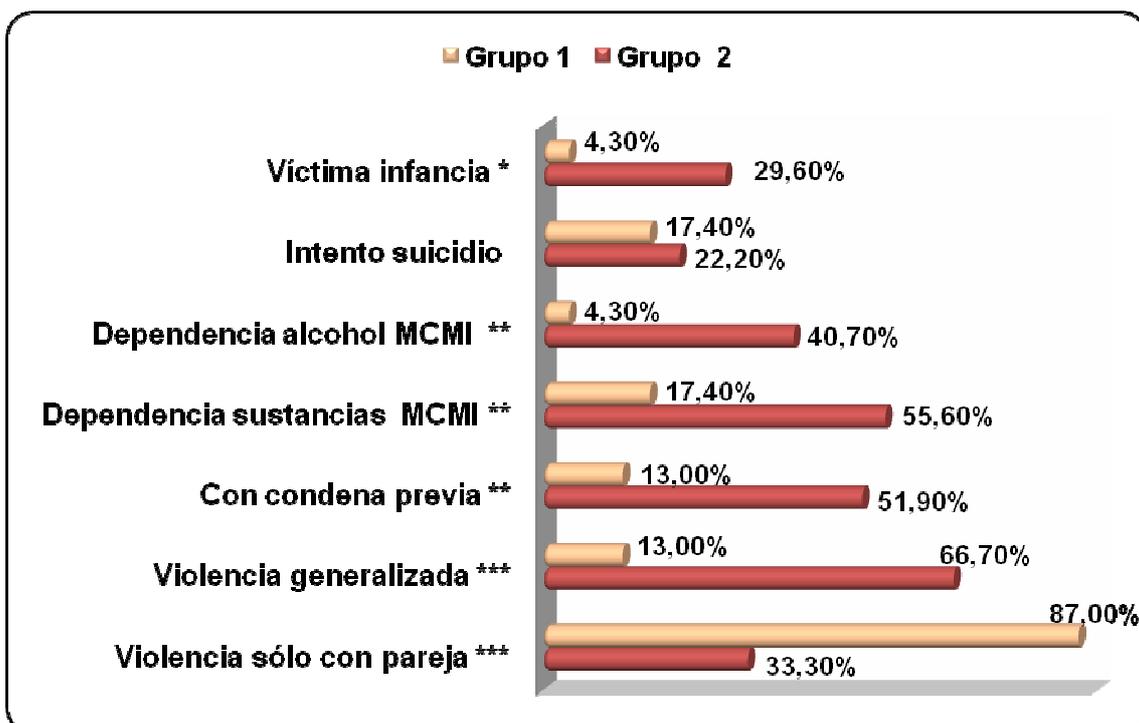
## 5. Resultados

Con el análisis de conglomerados descrito anteriormente se han creado dos grupos diferenciados, el *Grupo 1* compuesto por 23 sujetos y el *Grupo 2* por 27. A continuación se describen los principales resultados referentes a la comparación entre grupos. Dado que el interés central del estudio es el análisis de las diferencias entre tipos de agresores, no nos detendremos a describir con detalle las características globales de la muestra. Pese a ello, para que el conjunto de sujetos pueda ser comparado con otros estudios, se incluirán en algunos instrumentos los resultados para el total de los participantes.

### 5.1. Variables con interés clasificatorio

Pese a utilizarse métodos estadísticos en los estudios sobre tipologías, una valoración clínica de las variables a continuación descritas (a cargo de los profesionales que trabajan con agresores), junto a otros criterios psicométricos, podría ser eficaz a la hora de clasificar a los agresores en distintos grupos.

**Gráfica 1. Distribución de las variables con interés tipológico**



\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

En la **Gráfica 1** se puede observar cómo el *grupo 2* es el que presenta mayor prevalencia de problemas. Excepto en intentos de suicidio, donde la proporción está igualada, el *grupo 2* supera significativamente al *grupo 1* en dependencia de alcohol y de sustancias evaluadas con el MCMI-III, en informar sobre de algún tipo de violencia en la infancia, en la presencia de antecedentes y en la agresión a personas distintas a su pareja (violencia generalizada).

## 5.2. Trastornos de la personalidad y consumo de sustancias

En la **Tabla 4** se presentan los resultados correspondientes a las puntuaciones de prevalencia medias obtenidas en las escalas de personalidad del MCMI-III. Las diferencias entre grupos son significativas en todas las escalas excepto en la esquizotípica. El *grupo 1* destaca en las escalas histriónica, narcisista y compulsiva. El *grupo 2* destaca en las restantes.

**Tabla 4. Puntuaciones en las escalas de personalidad del MCMI-III**

	Muestra total			Grupo 1 (n=23)			Grupo 2 (n=27)			U'
	$\bar{x}$	dt	Me <sub>d</sub>	$\bar{x}$	dt	Me <sub>d</sub>	$\bar{x}$	dt	Me <sub>d</sub>	
<b>Esquizoide</b>	48,1	18,9	53	40,3	17,3	31	54,9	17,9	58	110*
<b>Evitativa</b>	35,3	22,4	33	23,4	18,5	17	45,5	20,6	51	83**
<b>Depresiva</b>	47,5	23,3	58	36,1	23,3	44	56,8	19,4	64	96**
<b>Dependiente</b>	40,8	19,5	41	29,8	16,6	30	50,2	16,9	54	74**
<b>Histriónica</b>	46,3	15,7	48	52,3	11,9	54	40,6	16,7	45	104*
<b>Narcisista</b>	67,3	13,1	67	73,6	9,5	70	62,0	13,5	65	99*
<b>Antisocial</b>	56,	17,	61	45,	18,	43	65,	9,6	65	66**

	3	1		7	0		5			
<b>Agresiva</b>	46, 4	21, 0	57	33, 2	20, 7	30	57, 7	13, 3	60	71**
<b>Compulsiva</b>	60, 4	24, 0	63	74, 1	15, 9	79	48, 6	23, 5	47	67**
<b>Negativista</b>	48, 4	19, 6	60	34, 3	19, 4	30	60, 4	9,2	63	38***
<b>Autodestructiva</b>	38, 0	24, 5	47	22, 4	21, 9	12	51, 4	18, 1	59	62***
<b>Ezquizotípica</b>	44, 4	22, 6	60	35, 3	24, 6	24	52, 1	18, 0	60	138
<b>Límite</b>	43, 1	23, 1	51	27, 4	20, 3	32	56, 7	15, 9	60	55***
<b>Paranoide</b>	54, 3	23, 0	64	44, 7	27, 4	50	62, 6	14, 4	69	118*

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ ;

<sup>1</sup>Significación bilateral para la prueba *U* Mann-Whitney

Por otro lado, en dependencia toxicológica se dan diferencias significativas ( $p < 0.01$ ). El *grupo 2* presenta puntuaciones superiores tanto en dependencia de alcohol  $x=72,5$  ( $dt=17$ ) vs.  $x=53$  ( $dt=19$ ), como de sustancias  $x=73$  ( $dt=17$ ) vs  $x=50$  ( $dt=22$ ), tal como analizábamos en la gráfica anterior.

### 5.3. Distorsiones cognitivas

Una de las variables que pueden diferenciar a los distintos tipos de agresores es su nivel de distorsión, respecto al papel de la mujer y respecto a la justificación de la violencia. En la **Tabla 5** se muestran los resultados correspondientes al IPDMV, según la corrección factorial. Como se puede observar, el *grupo 2* presenta un nivel de distorsiones significativamente superior al *grupo 1* en todos los factores. Cabe señalar que, respecto a la

muestra del estudio piloto, las puntuaciones medias son algo inferiores. Por ejemplo, las puntuaciones totales en aquel estudio fueron 36,95 para el *grupo 1* y 47,41 para el *grupo 2*.

**Tabla 5. Diferencias en distorsiones cognitivas**

	Muestra			Grupo 1			Grupo 2			U
	total			(n=23)			(n=27)			
	$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	
<b>Factor 1</b>	1,2	,31	1,0	1,0	,06	1,0	1,3	,37	1,3	96**
<b>Factor 2</b>	1,9	,60	1,8	1,6	,39	1,6	2,2	,60	2,1	83**
<b>Factor 3</b>	1,6	,68	1,6	1,3	,52	1,0	1,9	,72	1,6	102**
<b>Factor 4</b>	1,6	,51	1,7	1,4	,49	1,1	1,8	,45	1,7	103,5**
<b>Total</b>	38,2	9,2	37,5	32,0	4,7	31,0	43,3	9,0	42,0	38,5***

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

**Nota:** **Factor 1:** estereotipos machistas; **Factor 2:** culpabilización de la mujer; **Factor 3:** aceptación de la violencia como forma de resolver conflictos; **Factor 4:** minimización de la violencia/ desculpabilización del agresor. **Total** = puntuación total 24 ítems con respuesta Likert de Ferrer *et al.* (2006).

## 5.4. Ira

La gestión y expresión de la ira ha sido una variable de interés constante en el estudio de los agresores de pareja y recientemente ha servido de eje central en algunas clasificaciones tipológicas (Eckhardt *et al.*, 2008).

Como se puede observar en la **Tabla 6**, el *grupo 2* presenta puntuaciones directas significativamente superiores en las escalas de expresión de la ira: temperamento, reacción, rasgo, expresión externa e índice de expresión. Por

otro lado sus puntuaciones son significativamente inferiores en control externo e inferiores aunque no significativamente en control interno. Estos resultados indican que el *grupo 1* mostraría con menor frecuencia su ira.

**Tabla 6. Diferencias en ira (puntuaciones directas STAXI-2)**

	Muestra			Grupo 1			Grupo 2			U
	total			(n=23)			(n=27)			
	$\bar{X}$	dt	Me d	$\bar{X}$	dt	Me d	$\bar{X}$	dt	Me d	
<b>Temp.</b>	7,4	2,7	6,5	5,9	1,0	6,0	8,6	3,0	8,0	71,0***
<b>Reacción</b>	10,6	3,6	10,0	8,1	2,1	7,5	12,6	3,2	13,0	42,5***
<b>Rasgo</b>	18,0	5,5	16,0	13,9	2,4	14,0	21,3	5,1	21,5	38,0***
<b>Exp. Ext.</b>	10,3	3,7	9,0	8,1	1,3	8,0	12,1	4,1	11,0	65,0***
<b>Exp. Int.</b>	12,4	3,1	12,5	11,6	2,8	11,0	13,1	3,2	14,0	145,0
<b>Ctrl. Ext.</b>	17,6	4,5	17,5	20,3	3,3	20,0	15,3	4,2	14,5	71,0**
<b>Ctrl. Int.</b>	16,5	4,9	16,5	17,9	4,6	18,5	15,4	4,8	15,5	141,5
<b>IEI</b>	24,6	11,4	21,5	17,4	6,7	19,0	30,5	11,2	30,5	65,5***

\*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

Por otro lado, el análisis de las puntuaciones centiles (**Tabla 7**), utilizadas para comparar a un sujeto con la población normativa empleada en la adaptación española del test, pone de manifiesto el hecho de que la expresión y control de la ira de los sujetos del *grupo 1* es propia de sujetos hipercontroladores (baja expresión y alto control), mientras que los centiles del *grupo 2* se ubican dentro de la *normalidad*. Recordemos que, como se indica

en el manual del instrumento (Miguel-Tobal *et al.*, 2006), los centiles entre 25 y 75 pueden considerarse normales. Al igual que para el resto de instrumentos, sería recomendable disponer de baremos específicos para población penitenciario o de agresores, como se dispone en el caso del BIS-11 gracias al trabajo de Raya *et al.* (2008).

**Tabla 7. Diferencias en ira (centiles STAXI-2)**

	Muestra			Grupo 1			Grupo 2			<i>U</i>
	total			(n=23)			(n=27)			
	$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	
<b>Temp.</b>	37,2	26,2	20,0	22,8	11,8	20,0	49,1	29,0	50,0	99,5**
<b>Reacción</b>	39,5	29,1	35,0	18,6	17,5	12,5	56,5	25,5	65,0	41,5***
<b>Rasgo</b>	37,9	29,9	27,5	15,3	13,2	10,0	56,4	26,9	62,5	41,0***
<b>Exp. Ext.</b>	39,1	32,4	25,0	16,7	13,6	10,0	57,5	31,8	60,0	62,0***
<b>Exp. Int.</b>	45,9	31,7	47,5	36,7	28,5	20,0	53,4	32,7	65,0	140
<b>Ctrl. Ext.</b>	54,9	31,0	52,5	73,5	22,6	70,0	39,7	28,7	35,0	69***
<b>Ctrl. Int.</b>	67,4	28,0	80,0	75,7	25,8	85,0	60,6	28,6	62,5	138
<b>IEI</b>	36,0	30,6	22,5	16,1	14,3	12,5	52,3	30,9	57,5	59,5***

\*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

## 5.5. Conflict Tactics Scales

Pese a no mostrar resultados significativos en el estudio piloto (en lo que a diferenciación tipológica se refiere), sigue considerándose de alto interés el uso de la CTS-2, incluso como posible medida de cambio terapéutico. En la presente investigación se han dado diferencias significativas en las dos subescalas de agresión psicológica. Como se puede apreciar en la **Tabla 8**, el *grupo 2* presenta mayor frecuencia anual de agresión psicológica, tanto menor como severa. Esto significa que, durante el último año de relación con la víctima, este grupo cometió más actos de agresión psicológica.

**Tabla 8. Frecuencia anual en la CTS (escalas agresor)**

	Muestra Total			Grupo 1 (n=23)			Grupo 2 (n=27)			U	p<0,05
	$\bar{x}$	dt	Med	$\bar{x}$	dt	Med	$\bar{x}$	dt	Med		
Negociación emocional	43,88	26,26	52,0	43,72	25,55	44,00	44,00	27,43	54,00	197	
Negociación cognitiva	32,23	22,70	31,0	32,67	24,89	30,50	31,86	21,34	32,00	195,5	
Agresión psicológica menor	23,43	24,65	16,5	13,28	14,21	8,00	31,73	28,37	29,00	124*	
Agresión psicológica severa	7,03	11,34	3,0	4,17	9,54	0,50	9,36	12,27	5,50	116,5*	
Agresión física menor	7,88	12,44	4,0	4,61	5,51	3,00	10,55	15,70	6,50	126,5	
Agresión física severa	3,15	5,50	2,0	1,72	1,81	1,00	4,32	7,09	2,00	167,5	
Coerción sexual menor	4,48	10,57	0,0	1,50	5,88	0,00	6,91	12,88	0,00	155	
Coerción sexual severa	0,23	1,00	0,0	0,00	0,00	0,00	0,41	1,33	0,00	180	
Daños menores	1,75	3,35	0,5	2,78	4,68	1,50	0,91	1,92	0,00	156	
Daños severos	0,80	1,4	0,0	0,94	1,47	0,00	0,68	1,36	0,00	179	

**Tabla 9. Frecuencia anual en la CTS escalas víctima (informado por agresor)**

	Muestra			Grup 1			Grup 2			U
	Total			(n=23)			(n=27)			
	$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	
Negociación emocional	31,7 3	27,5 2	26,0 0	24,8 9	26,5 0	16,5 0	37,3 2	27,6 6	42,5 0	152, 5
Negociación cognitiva	26,0 0	23,8 2	21,0 0	22,9 4	24,1 0	11,0 0	28,5 0	23,8 4	25,5 0	170, 5
Agresión psicológica menor	30,9 0	31,1 5	18,5 0	31,2 2	32,6 8	19,0 0	30,6 4	30,6 1	18,5 0	189, 5
Agresión psicológica severa	10,2 5	14,2 4	4,50	11,7 2	16,9 7	4,50	9,05	11,8 3	3,50	194, 5
Agresión física menor	15,0 5	24,9 2	6,00	18,5 6	33,1 0	4,00	12,1 8	15,7 1	6,00	189, 5
Agresión física severa	5,33	12,3 5	1,00	8,89	17,0 3	1,50	2,41	5,37	1,00	144, 0

---

Coerción sexual menor	3,85	10,6 0	0,00	3,22	8,14	0,00	4,36	11,5 7	0,00	165, 5
Coerción sexual severa	0,05	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,09	0,43	0,00	189
Daños menores	2,86	4,81	1,00	1,78	1,63	1,00	3,41	6,28	1,00	188, 5
Daños severos	1,20	1,26	1,00	1,44	1,25	1,00	1,00	1,27	1,00	151

---

Respecto a la frecuencia en las escalas de la víctima (según el informe del agresor) no se da ninguna diferencia intergrupos (ver **Tabla 9**). Resulta llamativo el hecho de que los agresores, en conjunto, informen de mayor frecuencia de agresiones físicas y psicológicas por parte de sus parejas. Tomando en consideración las diferencias significativas entre grupos mencionadas anteriormente, se deduce que los agresores del *grupo 1* informan de una violencia física y psicológica que superaría significativamente a la informada para ellos mismos: psicológica menor 13 vs. 30, psicológica severa 4 vs 11, física menor 4 vs 18 y física severa 1 vs 8. Estas diferencias no se dan en el *grupo 2*, donde las frecuencias informadas para el agresor y para su pareja son semejantes. En definitiva, los sujetos del *grupo 1* culpabilizarían en mayor medida a sus parejas o serían víctimas en mayor proporción que los del *grupo 2*. Cualquier conclusión al respecto debe adoptarse con cautela pues se carece del informe de la pareja/víctima.

Respecto a la *severidad de la violencia física*, cabe señalar que las diferencias entre grupos no son significativas tal como se muestra en la **Tabla 10**.

Tabla 10. Severidad Violencia Física (agresor)									
Muestra total			Grupo 1 (n=23)			Grupo 2 (n=27)			U
$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	
16,6	16,3	12,0	14,7	15,3	9,5	18,2	17,3	14,2	177,5

No se ha incluido la corrección de *prevalencia* a lo largo de la relación por no aportar información de interés distinta a la ya mencionada.

## 5.6. Apego adulto

La evaluación del apego adulto en agresores de pareja es novedosa en nuestro entorno, por ello éstos son los primeros resultados de los que se dispone. Pese a ser una variable algo desconocida, los estudios internacionales sobre tipologías (y sobre agresores de pareja en general), han incluido su medida y han propuesto distintos modelos teóricos. Debido a que la escala utilizada en este estudio es de producción española, sus puntuaciones no podrán ser comparadas directamente con estudios anglosajones, pero la clasificación conceptual (estilos de apego presentes) podrá ser comparada con otras propuestas basadas en modelos internacionales.

En la **Tabla 11** se presentan las puntuaciones obtenidas por la muestra total y por los grupos en cada una de las escalas que componen el cuestionario de apego adulto de Malero y Cantero (2008). Los sujetos del *grupo 2* presentan puntuaciones significativamente superiores en las escalas 1 y 2, características de estilos relacionales inseguros y hostiles respectivamente. En las escalas 3 y 4 las diferencias no son significativas.

Tabla 11. Puntuaciones en las escalas de apego										
	Muestra			Grupo 1			Grupo 2			U
	total			(n=23)			(n=27)			
	$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	
Escala 1	27,1	11,3	28,5	20,3	7,9	19,0	32,8	10,7	31,0	70,5**
Escala 2	28,4	9,4	29,0	23,5	8,4	25,0	32,4	8,3	33,0	93,5**
Escala 3	28,5	7,1	29,5	30,0	5,8	31,5	27,2	7,8	28,0	150,5
Escala 4	9,6	5,3	10,0	8,4	4,9	6,0	10,6	5,5	10,5	147,0

\*\* $p < 0,01$

**Escala 1:** baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; **Escala 2:** resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; **Escala 3:** expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones; **Escala 4:** autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

Basándonos en los baremos propuestos por los autores, las puntuaciones se interpretarían como se muestra en la **Tabla 12**. Según la clasificación en dos y cuatro estilos de apego, se puede concluir que el *grupo 1* presenta un estilo de apego seguro, mientras que el *grupo 2* presenta un estilo de apego alejado o inseguro.

**Tabla 12. Puntuaciones según baremos (basado en la mediana)**

	Muestra		Grupo 1		Grupo 2	
	Total		(n=23)		(n=27)	
	Valor	Centil	Valor	Centil	Valor	Centil
Escala 1	Muy bajo	1-15	Muy bajo	1-15	Bajo	16-24
Escala 2	Moderado	40-60	Bajo/Mod	25-39	Mod/Alto	61-74
Escala 3	Muy bajo	1-15	Muy bajo	1-15	Muy bajo	1-15
Escala 4	Muy bajo	1-15	Muy bajo	1-15	Muy bajo	1-15

## 5.7. Empatía

La empatía se considera un factor esencial a la hora de inhibir la agresión y promover la conducta prosocial. Se ha postulado reiteradamente que los agresores de pareja (al igual que otro tipo de agresores) presentan déficits empáticos, hecho que facilitaría las agresiones a familiares y desconocidos. Este déficit ha sido uno de los principales objetivos a modificar en las intervenciones terapéuticas.

En la **Tabla 13** se muestran las puntuaciones obtenidas en los cuatro factores del índice de reactividad interpersonal.

Tabla 13. Valores en Empatía										
	Muestra			Grupo 1			Grupo 2			U
	total			(n=23)			(n=27)			
	$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	
<i>Toma de perspectiva</i>	25,4	5,0	25,0	28,2	3,5	28,0	23,2	4,9	21,5	77,0*
<i>Fantasía</i>	19,1	4,5	18,5	19,4	5,5	18,5	18,9	3,6	18,5	192,5
<i>Preocupación empática</i>	26,2	5,1	26,0	27,0	5,3	27,0	25,5	5,0	25,5	164,5
<i>Malestar personal</i>	15,2	5,1	16,0	12,5	11,5	3,3	17,4	5,3	18,0	95,5*

\*\* $p < 0,01$

Las diferencias son significativas en *toma de perspectiva*, donde el *grupo 1* presenta puntuaciones superiores. Esto indica que destaca frente al *grupo 2* en su capacidad para ponerse en el lugar de otra persona y apreciar su punto de vista. De este grupo se esperaría una mayor inhibición de la agresión al identificar en mayor medida el malestar que podría sufrir la víctima. Por otro lado, el *grupo 2* destaca en *malestar personal*, un tipo de sentimiento de malestar y ansiedad orientado hacia uno mismo, es decir, el sujeto experimenta sensaciones negativas al observar el malestar de otras personas. Estas sensaciones no implican una preocupación por el otro (que sería evaluada en el factor *preocupación empática*, componente más emocional de la empatía), sino un malestar personal que podría provocar que el sujeto se distanciase de la situación con tal de evitar dicho malestar. El *grupo 1*, por tanto, presenta mayor facilidad para ponerse en el lugar de otra persona (como la víctima) y de

afrontar situaciones de estrés o peligro con mayor calma, padeciendo menor malestar.

La *toma de perspectiva* y la *preocupación empática* son los componentes más importantes de la empatía y son los encargados de la comprensión emocional del otro y la respuesta congruente con dichas emociones. En ambos factores, las puntuaciones son superiores en el *grupo 1*, aunque para la *preocupación* la diferencia no sea significativa.

## 5.8. Impulsividad

La conducta impulsiva, unida a un bajo control de la ira, puede ser uno de los principales precipitantes de la conducta violenta de todo tipo. Así, muchos delincuentes se caracterizarían por su falta de autocontrol y su incapacidad para pensar en las posibles consecuencias de sus acciones (Redondo, 2008). Por otro lado, la impulsividad es una característica típica de trastornos de la personalidad como el antisocial y el límite (Echeburúa, 1994) y uno de los elementos de la psicopatía (faceta estilo de vida) (Torrubia y Cuquerella, 2008).

En la **Tabla 14** presentamos las puntuaciones directas para la escala de impulsividad BIS-11. En todos los factores que la componen, el *grupo 2* presenta puntuaciones significativamente superiores, siendo así los más impulsivos.

**Tabla 14. Puntuación total y diferencias entre grupos en impulsividad**

	Muestra			Grupo 1			Grupo 2			U
	total			(n=23)			(n=27)			
	$\bar{x}$	dt	Me d	$\bar{x}$	dt	Me d	$\bar{x}$	dt	Me d	
<b>Cognitiva</b>	13, 1	5,7	11, 0	9,7	3,3	9,5	16, 0	5,7	17, 0	67,5**
<b>Motora</b>	12, 3	7,5	10, 0	6,5	4,0	7,0	17, 2	6,2	16, 0	24,5***
<b>No planeada</b>	15, 9	6,9	17, 0	13, 0	6,3	13, 5	18, 4	6,6	17, 0	122,0
<b>Total</b>	41, 3	15, 5	36, 0	29, 3	6,5	30, 0	51, 6	13, 5	48, 0	22,0***

\*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$

Por otro lado, se pueden analizar los resultados en base al análisis psicométrico de la escala propuesto por Raya *et al.* (2008), específico para población penitenciaria. En la **Tabla 15** se presentan los centiles que

corresponderían a las puntuaciones directas antes mencionadas (se utiliza como referencia la mediana por ajustarse mejor que la media en distribuciones anormales y con muestras pequeñas). Respecto a las medias obtenidas en dicho estudio, las puntuaciones de nuestra muestra total serían similares. El *grupo 1* se situaría por debajo de la media penitenciaria y el *grupo 2* por encima.

**Tabla 15. Puntuación total y diferencias entre grupos en impulsividad**

	<b>Muestra total</b>	<b>Grupo 1 (n=23)</b>	<b>Grupo 2 (n=27)</b>
	<b>Centil medio</b>	<b>Centil medio</b>	<b>Centil medio</b>
<b><i>Cognitiva</i></b>	34-42	24-29	83-87
<b><i>Motora</i></b>	30-37	18-19	69-73
<b><i>No planeada</i></b>	67-70	41-48	66-70
<b><i>Total</i></b>	43-44	27-28	71

## 5.9. Deseabilidad

Se considera que los agresores de pareja también pueden diferenciarse en su nivel de deseabilidad social (Johnson *et al.*, 2006). Se ha afirmado que para los sujetos más normalizados la condena por una agresión y el conocimiento por parte de su entorno de la comisión de un delito supondría una mayor interferencia cognitiva. Los sujetos tenderían a mostrarse en mayor medida de forma socialmente deseable, tratando de ocultar cualquier característica considerada negativa, con la posible intención de etiquetar como puntual y excepcional la conducta violenta por la que han sido condenados o cualquier problemática asociada.

Como se puede observar en la **Tabla 16** los sujetos del *grupo 1* presentan puntuaciones significativamente superiores tanto en la escala específica de deseabilidad social de Marlowe y Crowne como en la escala de deseabilidad del MCMI-III.

**Tabla 16. Puntuación total y diferencias entre grupos en deseabilidad**

	Muestra			Grupo 1			Grupo 2			U
	total			(n=23)			(n=27)			
	$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	
<b>Marlowe-Crowne</b>	18,8	5,7	19,5	21,6	6,3	21,0	16,9	4,6	17,0	76,5*
<b>Escala MCMI</b>	76,7	16,9	80,0	84,7	11,5	90,0	69,9	18,0	66,0	96,0**

\* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$

Resulta interesante analizar la correlación entre ambas escalas. El coeficiente de correlación de Pearson obtenido es de 0,51 ( $p < 0,01$ ), dándose una correlación positiva media. Cada escala explicaría un 26% de la varianza de la otra, por lo que resultaría recomendable el uso de ambas de cara a obtener una imagen más ajustada del grado de deseabilidad que presenta un agresor (medida en que distorsiona el relato de la agresión, su trayectoria delictiva, la conducta de la pareja, etc.).

## 5.10. Autoestima

Por último, presentamos las puntuaciones obtenidas en la escala de autoestima (**Tabla 17**). Pese a ser la variable de menor relevancia en la clasificación de los agresores, los resultados confirman más aún las diferencias entre grupos. Los sujetos del *grupo 2* presentan una autoestima significativamente menor a la del *grupo 1*.

**Tabla 17. Puntuación en la escala de autoestima**

Muestra			Grupo 1			Grupo 2			<i>*p&lt;0,05;</i>
total			(n=23)			(n=27)			
$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	$\bar{X}$	dt	Med	
34,8	5,1	36,5	37,2	2,6	38,0	32,9	5,9	35,5	109*

## 5.11. Correlación entre variables

Para concluir con los resultados, se ha considerado oportuno incluir el análisis de la correlación entre distintas variables de las analizadas hasta este punto (ver **Tabla 18**).

### APEGO

**STAXI-2.** El factor 2 del cuestionario de apego (resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad) correlaciona positivamente de forma significativa ( $p<0.01$ ) con todas las escalas del STAXI-2, excepto con las de control, con las que correlaciona negativamente. El factor 1 correlaciona en igual sentido, aunque de forma menos significativa. El factor 3 correlaciona en sentido inverso, es decir, de forma negativa con las escalas de expresión de la ira y positiva con las de control; la correlación sólo sería significativa para el control externo ( $p<0.05$ ). Estos datos darían más soporte a las dimensiones afectivas propuestas en el cuestionario de apego, especialmente al factor 2, resolución hostil en el que nuestro *grupo 2* destacaba.

Tabla 18. Matriz de correlaciones entre escalas y variables																	
		STAXI-2								APEGO				IMPULSIVIDAD			
		Temp	Reac	Rasgo	Exp.Ext	Exp.Int	Ctrl.Ext	Ctrl.Int	IEI	F. 1	F. 2	F. 3	F. 4	Cogn.	Motora	No plan	Total
APEGO	Factor 1	,292	,497**	,468**	,273	,327*	-,435**	-,085	,387*								
	Factor 2	,685**	,485**	,652**	,525**	,378*	-,375*	-,125	,476**								
	Factor 3	-,221	-,211	-,246	-,171	-,298	,353*	,038	-,293								
	Factor 4	,212	,015	,114	,175	,215	-,020	,169	,051								
IMPULSIVIDAD	Cognitiva	,474**	,546**	,588**	,445**	,490**	-,569**	-,321*	,641**	,541**	,416**	-,281	,235				
	Motora	,691**	,671**	,776**	,600**	,433**	-,743**	-,396*	,777**	,550**	,486**	-,342*	,125				
	No planeada	,234	,126	,197	,203	,173	-,245	,040	,194	,249	,344*	-,235	,379*				
	Total	,613**	,582**	,679**	,544**	,467**	-,678**	-,292	,698**	,576**	,541**	-,374*	,315				
EMPATÍA	Toma perspectiva	-,420**	-,303	-,404**	-,272	-,053	,573**	,023	-,341*	-,421**	-,444**	,424**	-,308	-,445**	-,426**	-,495**	-,590**
	Fantasía	-,069	,066	,009	-,134	,109	,338*	,316*	-,283	,018	,137	,456**	-,162	-,132	-,071	-,429**	-,274
	Preocupación	-,079	,086	,017	-,003	,102	,074	-,228	,095	,094	,052	,293	-,321*	,107	,031	-,371*	-,111
	Malestar	,534**	,359*	,496**	,272	,223	-,231	-,008	,244	,530**	,568**	-,198	,333*	,399*	,417**	,341*	,500**

\* La correlación es significativa a nivel 0.05 (bilateral)

\*\* La correlación es significativa a nivel 0.01 (bilateral)

**BIS-11.** Otra de las correlaciones que se ha analizado es la del apego con la impulsividad. La impulsividad en conjunto (tanto la puntuación total, como la cognitiva y motora) correlaciona de forma positiva y significativa con los factores 1 y 2 del cuestionario de apego y de forma negativa con el factor 3. Este hecho estaría relacionado con lo comentado para el STAXI-2.

**EMPATÍA.** Los factores 1 y 2 del apego correlacionan negativamente con la toma de *perspectiva empática* y positivamente con el *malestar*. El factor 3, correspondiente a un apego seguro, sería el que mayor correlación positiva presenta con todas las características empáticas excepto con el *malestar*. El factor 4 sería el que mayor correlación negativa presenta con todas las escalas de empatía excepto con *malestar*, hecho congruente pues dicho factor sería el correspondiente a sujetos rechazantes, característica atribuida con frecuencia a sujetos antisociales y narcisistas, que prefieren mantener las distancias con las personas.

## **IMPULSIVIDAD**

**STAXI-2.** Como cabría esperar teóricamente, todas las escalas del STAXI-2, excepto las de control, correlacionan positivamente con la impulsividad. Nuevamente, las mayores correlaciones se producen con la *impulsividad cognitiva y motora*, mientras que las correlaciones en la escala *no planeada* son débiles y no significativas. Las escalas de control correlacionan negativamente con la impulsividad, de forma significativa en cognitiva, motora y total.

**EMPATÍA.** La impulsividad aparece correlacionada de forma negativa o muy débil con todos los factores de empatía excepto con el *malestar*, con el que está relacionada positivamente de forma significativa. El factor *malestar* parece propio de aquellos sujetos con rasgos antisociales como son una mayor impulsividad y una menor vinculación afectiva.

## **STAXI-2 y EMPATÍA**

La última de las correlaciones analizadas es la de la ira con la empatía. En este caso las cifras son las menos consistentes de todas las analizadas, siendo en

su mayoría correlaciones no significativas. El factor empático que mostraría mayor correlación con la ira sería la *toma de perspectiva*, que lo hace de forma negativa en todas la escalas del STAXI-2 excepto en las de control.

En definitiva, podríamos concluir que existe un tipo de sujetos en los que la empatía es superior, son menos impulsivos, expresan en menor medida su ira y se caracterizarían mayoritariamente por un estilo de apego seguro. Todas estas variables estarían correlacionadas positivamente en mayor o menor medida. Por otro lado, los instrumentos han demostrado una consistencia considerable con los modelos teóricos que los sustentan. Las correlaciones se dan en el sentido que cabría esperar y por tanto parece útiles para evaluar las dimensiones de interés.

## 6. Conclusiones

Los resultados presentados en su mayoría son descriptivos. Esto es así dado que la amplitud de información recopilada impide un análisis más pormenorizado de los resultados de cada instrumento sin convertir en poco accesible el texto. En futuras ocasiones se podrá prestar mayor atención a los distintos detalles de cada instrumento e incluso proponer algunos baremos para la población de agresores en concreto.

La presente investigación no sólo supone la validación del estudio piloto y por tanto la confirmación de la utilidad y viabilidad de la clasificación tipológica. Contribuye a profundizar en el conocimiento de la etiología de la conducta violenta en la pareja al haber ampliado el espectro de variables analizadas. Respecto al primer estudio sobre tipologías, se ha incluido la evaluación la impulsividad, la empatía y la deseabilidad social, y por primera vez en esta población se ha analizado el estilo de apego adulto.

El análisis de conglomerados ha permitido crear dos grupos que se diferencian según lo esperado en las distintas variables de interés. Así, el **Grupo 1** (compuesto por 23 sujetos) lo forman sujetos con una mayor autoestima, cuya violencia se limita mayoritariamente a la pareja y que destacan en estilos de la personalidad compulsivos, narcisistas e histriónicos. Por otro lado, muestran un control elevado de su ira, expresándola en contadas ocasiones. Este rasgo de hipercontrol les hace acumular tensiones hasta que explotan de forma desmesurada, habitualmente con la pareja. Respecto a la resolución de conflictos (CTS-2), no se dan diferencias con el otro grupo salvo en la agresión psicológica que es menor en estos sujetos. Por otro lado, los sujetos del *grupo 1* informan en mayor medida de conductas violentas por parte de sus parejas. Su estilo de apego es predominantemente seguro, mostrando comodidad en sus relaciones. Además su empatía está desarrollada en mayor medida, y se diferencian significativamente en la *toma de perspectiva*, elemento central de la conducta prosocial. Por último, son sujetos con una mayor deseabilidad social, posiblemente fruto de la distorsión causada por su

ingreso en prisión y la denuncia por violencia a la que han debido hacer frente, teniendo en cuenta que hasta el momento llevaban una vida *normalizada*.

El **Grupo 2** (compuesto por 27 sujetos) informa en mayor medida de haber sufrido algún tipo de maltrato en la infancia, presenta mayor prevalencia de dependencia del alcohol y de sustancias (evaluadas con el MCMI-III) y mayor frecuencia de condenas previas. Su violencia se extiende más allá de la pareja y destaca en las escalas antisocial, paranoide y negativista del MCMI-III. Presentan mayor nivel de distorsiones cognitivas tanto sobre la mujer como sobre el uso de la violencia. Aunque su ira se encuentra dentro de los valores normales (respecto a los baremos de la adaptación española del STAXI-2), muestran una mayor impulsividad, falta de empatía y mayor frecuencia de violencia psicológica. Por último, se caracterizan por un estilo de apego inseguro y hostil.

Dada el desconocimiento parcial de la variable apego en agresores, se ha considerado oportuno incluir algunas indicaciones finales sobre la utilidad de su estudio y sus implicaciones terapéuticas. El apego no explica la conducta pero sí ofrece un método de análisis sobre los procesos psicológicos que median en la agresión (Ansbro, 2008). La investigación en general ha encontrado que los agresores de pareja, en conjunto, muestran apego *inseguro*, poca estabilidad emocional y gran ansiedad frente al rechazo o abandono por parte de la pareja (Babcock, Jacobson, Gottman y Yerington, 2000; Dutton *et al.*, 1994; Holtzworth-Munroe, Stuart y Hutchinson, 1997; Twed y Dutton, 1998). Este apego *inseguro* hace que la persona tenga una mayor necesidad de dominio en las relaciones íntimas (Mauricio y Gormley, 2001). Los sujetos *rechazantes* necesitan ayuda para aprender a expresar sus sentimientos y necesidades en el contexto de una relación. Los *preocupados* deben aprender a no depender de sus figuras de apego para calmarse. Los *inseguros* necesitan crear lugares de seguridad, explorar pensamientos, sentimientos y experiencias respecto a las figuras de apego. En última instancia, el estilo de apego está relacionado con la alianza terapéutica y la relación entre el terapeuta y el paciente es el mayor predictor de cambio.

Por último, se pueden presentar algunas implicaciones de los resultados para el tratamiento. Los agresores normalizados pueden beneficiarse de tratamientos centrados en la gestión y expresión adecuada de su ira, así como en la modificación de posibles distorsiones cognitivas. Por sus características son los que menor intensidad y extensión de tratamiento requieren y los únicos que pueden beneficiarse de programas de corta duración (por ejemplo 15 sesiones). Se debería prestar atención a otras posibles problemáticas asociadas como la depresión, la ansiedad o la dependencia emocional. Los sujetos antisociales requieren tratamientos cognitivo-conductuales más directivos, centrados en cambiar las contingencias de su conducta violenta; se trataría de disminuir su violencia y conducta antisocial mostrándole las consecuencias negativas de su comportamiento para sí mismo o los que le rodean. Serán necesarias un número mayor de sesiones para abordar las distintas problemáticas asociadas. Con estos últimos, tomará especial relevancia la evaluación y tratamiento de problemas relacionados con el consumo de sustancias. Pese a ello, el consumo de sustancias desempeña un papel relevante en la violencia contra la pareja, por eso, su evaluación debería ser una práctica que se extendiese a la totalidad de los casos.

## 7. Propuestas

Una vez confirmada la viabilidad de la clasificación tipológica, se plantean algunos retos de futuro. Por un lado, resultará de interés replicar los resultados en distintos centros penitenciarios, objetivo actualmente en marcha gracias a un trabajo en colaboración con la profesora Ortiz-Tallo (de la Universidad de Málaga) y el centro penitenciario de Alhaurín de la Torre. Esta confirmación permitirá avalar definitivamente la propuesta tipológica.

Por otro lado, resultará imprescindible sumar las muestras con el objetivo último de dar mayor nivel de significación a los resultados y posibilitar la clasificación estadística de los sujetos en tres posibles grupos, como algunos estudios internacionales proponen. Este objetivo no es viable estadísticamente cuando se trabajan con muestras de 50 sujetos y es posible que al trabajar con tamaños reducidos un subtipo de agresor (como puede ser el límite) se mezcle por sus características *anormales* con el grupo antisocial.

Uno de los próximos objetivos es aplicar los resultados a la intervención terapéutica. Para ello, será necesario crear grupos específicos con sujetos con las características descritas en el presente estudio, y abordar sus necesidades terapéuticas de forma diferencial, atendiendo a sus déficits o excesos cognitivo-conductuales diagnosticados mediante la evaluación psicométrica. En un segundo momento, resultará de interés valorar la eficacia de dichos programas diferenciados y la satisfacción de los equipos terapéuticos al trabajar con grupos homogéneos de los que se conocen sus características y su pronóstico de evolución gracias a la clasificación tipológica. En relación con este objetivo, surge la necesidad de establecer protocolos de asignación al grupo de referencia sin necesidad de un análisis estadístico por parte de los profesionales que atienden a los agresores. Un esquema de guía sería el propuesto en el **Anexo 1**, aunque deberá trabajarse en ello y analizar la correlación entre el criterio clínico y el estadístico a la hora de ubicar a los sujetos en un subtipo.

Otra posible fuente de estudio será el análisis de la reincidencia específica en los agresores de pareja. Conocer su incidencia, el tipo (policial,

penitenciaria, etc.), la modalidad (violencia con la pareja, otro tipo de delincuencia violenta, delincuencia no violenta, etc.) y su distribución diferenciada (analizar los perfiles y la correspondencia tipológica de los reincidentes y no reincidentes). Este análisis no sólo permitirá analizar la magnitud del problema, también será una forma de analizar la eficacia terapéutica en esta población concreta y en los distintos subtipos.

## 8. Referencias

Amor, P.J., Echeburúa, E. y Loinaz, I. (2009). ¿Se puede establecer una clasificación tipológica de los hombres violentos contra su pareja? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 519-539.

Ansbro, M. (2008). Using attachment theory with offenders. *Probation Journal*, 55, 231-244.

Babcock, J.C., Costa, D.M., Green, C.E. y Eckhardt, C.I. (2004). What situations induce partner violence? A reliability and validity study of the Proximal Antecedents to Violent Episodes (PAVE) scale. *Journal of Family Psychology*, 18, 433-442.

Babcock, J.C., Jacobson, N.S., Gottman, J.M. y Yerington, T.P. (2000). Attachment, emotional regulation, and the function of marital violence: Differences between secure, preoccupied, and dismissing violent and non violent husbands. *Journal of Family Violence*, 15, 391-409.

Bennett, L.W. (2008). Substance abuse by men in partner abuse intervention programs: current issues and promising trends. *Violence and Victims*, 23, 236-248.

Bowen, E., Gilchrist, E. y Beech, A.R. (2008). Change in treatment has no relationship with subsequent re-offending in U.K. domestic violence sample: a preliminary study. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 52, 598-614.

Boyle, D.J. y Vivian, D. (1996). Generalized versus spouse-specific anger/hostility and men's violence against intimates. *Violence and Victims*, 11, 293-317.

Byrne, J.M. y Roberts, A.R. (2007). New directions in offender typology design, development, and implementation: Can we balance risk, treatment and control? *Aggression and Violent Behavior*, 12, 483-492.

Capaldi, D. y Kim, H.K. (2007). Typological approaches to violence in couples: A critique alternative conceptual approach. *Clinical Psychology Review, 27*, 253-265.

Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2007). Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III). Madrid: TEA, Ediciones.

Cavanaugh, M.M. y Gelles, R.J. (2005). The utility of male domestic violence offender typologies: New directions for research, policy, and practice. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 155-166.

CGPJ (2009). La violencia sobre la mujer en la estadística judicial. Primer trimestre de 2009: datos provisionales por Tribunal Superior de Justicia. (<http://www.poderjudicial.es>).

Chambers, A.L. y Wilson, M.N. (2007). Assessing male batterers with the Personality Assessment Inventor. *Journal of Personality Assessment, 88*, 57-65.

Chase, K.A., O'Leary, K.D. y Heyman, R.E. (2001). Categorizing partner-violent men within the reactive-proactive typology model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 567-572.

DeSol, C., Margolin, G. y John, R.S. (2003). A typology of maritally violent men and correlates of violence in a community sample. *Journal of Marriage and Family, 65*, 635-651.

Dixon, L. y Browne, K. (2003). The heterogeneity of spouse abuse: a review. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 1270-1285.

Dutton, D.G. (1988). Profiling wife assaulters: Preliminary evidence for a trimodal analysis. *Violence and Victims, 3*, 5-30.

Dutton, D.G. (1994). The origin and structure of the abusive personality. *Journal of Personality Disorders, 8*, 181-191.

Dutton, D.G. (2006). *Rethinking domestic violence*. Vancouver: UBC Press.

Dutton, D.G. (2007). *The abusive personality. Violence and control in intimate relationships* (2ª ed.). New York: The Guilford Press.

Dutton, D.G. y Golant, S.K. (1997). *El golpeador. Un perfil psicológico*. Buenos Aires: Paidós.

Dutton, D.G. y Starzomski, A. J. (1993). Borderline personality in perpetrators of psychological and physical abuse. *Violence and Victims*, 8, 327-337.

Dutton, D.G., Saunders, K., Starzomski, A. y Bartholomew, K. (1994). Intimacy-anger and insecure attachment as precursors of abuse in intimate relationships. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 1367-1386.

Echeburúa, E. (ed.) (1994). *Personalidades Violentas*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral, *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2007). Male batterers with and without psychopathy: an exploratory study in Spanish prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 51, 254-263.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 5-20.

Echeburúa, E., Corral, P., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P.J. (2004). ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja? *Papeles de Psicólogo*, 88, 20-28.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P.J. (2003). Psychopathological profile of men convicted for gender violence: a study in the prisons of Spain. *Journal of Interpersonal Violence*, 18, 798-812.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P.J. (2006). Psychological treatment of men convicted of gender violence: a pilot study in Spanish

prisons. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 50, 57-70.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Corral, P. (2008). ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 355-382.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Corral, P. (2009). *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., Corral, P. y López-Goñi, J. J. (2009). Assessing risk markers in intimate partner femicide and severe violence. A new assessment instrument. *Journal of Interpersonal Violence*, 24, 925-939.

Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 199-217.

Eckhardt, C. (2007). Effects of alcohol intoxication on anger experience and expression among partner assaultive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 61-71.

Eckhardt, C., Samper, R. y Murphy, C. (2008). Anger disturbance among perpetrators of intimate partner violence. Clinical characteristics and outcomes of court-mandated treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 23, 1600-1617.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2005). Hombres condenados por violencia grave contra la pareja: un estudio psicopatológico. *Análisis y Modificación de Conducta*, 31, 451-475.

Fernández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Amor, P.J. (2005). Aggressors against women in prison and in community: an exploratory study of a

differential profile. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49, 158-167.

Ferrando, P.J. y Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de deseabilidad social de Marlowe y Crowne. *Psicothema*, 12, 383-389.

Ferrer, V.A., Bosch, E., Ramis, C., Torres E.G. y Navarro, C. (2006). La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios. *Psicothema*, 18, 359-366.

Gondolf, E.W. (1988). Who are these guys? Toward a behavioral typology of batterers. *Violence and Victims*, 3, 187-203.

Gondolf, E.W. (2000). A 30-month follow-up of court-referred batterers in four cities. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44, 111-128.

Gondolf, E.W. y White, R.J. (2001). Batterer program participants who repeatedly reassault: Psychopathic tendencies and other disorders. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 361-380.

Gottman, J.M., Jacobson, N.S., Rushe, R.H., Shortt, J., Babcock, J., La Taillade, J.J. y Waltz, J. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behavior, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, 9, 227-248.

Greene, A.F., Coles, C.J. y Johnson, E.H. (1994). Psychopathology and anger in interpersonal violence offenders. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 906-912.

Hamberger, L.K. y Hastings, J.E. (1986). Personality correlates of men who abuse their partners: a cross-validation study. *Journal of Family Violence*, 1, 323-341.

Hamberger, L.K. y Holtzworth-Munroe, A. (2009). Psychopathological correlates of male aggression. En K.D. O'Leary y E.M. Woodin (Eds.),

*Psychological and physical aggression in couples. Causes and interventions* (pp.79-98). Washington, DC: American Psychological Association.

Hamberger, L.K., (2009). Risk factors for intimate partner violence perpetration. Typologies and characteristics of batterers. En C. Mitchell y D. Anglin (Eds.), *Intimate Partner Violence: A Health-Based Perspective* (pp.115-131). New York: Oxford University Press.

Hamberger, L.K., Lohr, J.M., Bonge, D. y Tolin, D.F. (1996). A large sample empirical typology of male spouse abusers and its relationship to dimensions of abuse. *Violence and Victims, 11*, 277-292.

Hart, S.D, Dutton, D.G. y Newlone, T. (1993). The prevalence of personality disorder among wife assaulters. *Journal of Personality Disorders, 7*, 329-341.

Hilton, N.Z., Harris, G.T. y Rice, M.E. (2009). Risk assessment for domestically violent men. Tools for criminal justice, offender intervention, and victim services. Washington, DC: American Psychological Association.

Holtzworth-Munroe, A. y Meehan, J.C. (2004). Typologies of men who are martially violent. Scientific and clinical implications. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 1369-1389.

Holtzworth-Munroe, A. y Stuart, G.L. (1994). Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin, 116*, 476-497.

Holtzworth-Munroe, A. y Stuart, G.L. y Hutchinson, G. (1997). Violent versus nonviolent husbands: differences in attachment patterns, dependency, and jealousy. *Journal of Family Psychology, 11*, 314-331.

Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J.C., Herron, K., Rehman, U. y Stuart, G.L. (2003). Do subtypes of martially violent men continue to differ over time? *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 728-740.

Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J.C., Herron, K., Rehman, U. y Stuart, G.L. (2000). Testing the Holtzworth-Munroe and Stuart (1994) batterer typology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1000-1019.

Huss, M.T. y Langhinrichsen-Rohling, J. (2006). Assessing generalization of psychopathy in a clinical sample of domestic violence perpetrators. *Law and Human Behaviour, 30*, 571-586.

Huss, M.T. y Ralston, A. (2008). Do batterer subtypes actually matter? Treatment completion, treatment response, and recidivism across a batterer typology. *Criminal Justice and Behavior, 35*, 710-724.

Johnson, M.P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family, 57*, 238-294.

Johnson, R., Gilchrist, E., Beech, A.R., Weston, S., Takriti, R. y Freeman, R. (2006). A psychometric typology of U.K. domestic violence offenders. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 1270-1285.

Klein, A.R. y Tobin, T. (2008). A longitudinal study of arrested batterers, 1995-2005. Career criminals. *Violence Against Women, 14*, 132-157.

Loinaz, I. (2009). Aproximación teórica y empírica al estudio de las tipologías de agresores de pareja. Análisis descriptivo y variables e instrumentos de evaluación en el centro penitenciario Brians-2. Madrid: Ministerio del Interior, Secretaría General Técnica.

Loinaz, I., Echeburúa, E. y Torrubia, R. (2010). Tipología de agresores contra la pareja: un estudio piloto en prisión. *Psicothema, 22*.

Loinaz, I., Echeburúa, E., Torrubia, R. e Irureta, M. (2009). *Tipología de agresores de pareja en el centro penitenciario Brians-2: un estudio piloto*. Póster presentado en la VII Sesión de trabajo del Circuit Barcelona contra la violència vers les dones, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Loinaz, I., Torrubia, R., Echeburúa, E., Navarro, J.C. y Fernández, L. (2009). Implicaciones de las tipologías de agresores de pareja para el tratamiento en prisión. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 91.

Loseke, D.R., Gelles, R.J. y Cavanaugh, M.M. (Eds.) (2005). *Current controversies on family violence* (2ª Ed.). California: SAGE Publications.

Malero, R. y Cantero, M.J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19, 83-100.

Martínez, M., Pérez, M. y López, J.M. (2008). *Avaluació del programa de tractament d'agressors domèstics. Ajuts a la investigació 2007*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Mauricio, A.M. y Gormley, B. (2001). Male Perpetration of Physical Violence Against Female Partners: The Interaction of Dominance Needs and Attachment Insecurity. *Journal of Interpersonal Violence*, 16, 1066-1081.

Medina-Ariza, J. y Barberet, R. (2003). Intimate partner violence in Spain: Findings from a national survey. *Violence Against Women*, 9, 302-322.

Mestre, V., Frías, M.D. y Samper, P. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16, 255-260.

Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (2001). Versión española del STAXI-2. Madrid: TEA.

Oquendo, M.A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalbán, V. y Mann, J.J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale (BIS). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155.

Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Blanca, M. J., Sánchez, L.M. y Morales, I. (2007). Multiaxial evaluation of violent criminals. *Psychological Reports*, 100, 1065-1075.

Ortiz-Tallo, M., Fierro, A., Blanca, M.J., Cardenal, V. y Sánchez, L.M. (2006). Factores de personalidad y delitos violentos. *Psicothema*, 18, 459-464.

Pelechano, V., de Miguel, A. y Hernández, M. (1995). Trastornos de personalidad. En A. Belloch, B. Sandin y F. Ramos, *Manual de Psicopatología*, vol. 2. (pp. 559-614). Madrid: McGraw-Hill.

Rathus, J.H. y Feindler, E.L. (2004). *Assessment of Partner Violence. A handbook for researchers and practitioners*. Washington, DC: American Psychological Association.

Raya, D., Villacorta, E. y Medina, P. (2008). Validació creuada en població penitenciària de criteris psicomètrics i tècnics per la predicció de conductes adaptatives i factors de risc. Ajuts a la investigació 2007. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Redondo, S. (2008). Manual para el tratamiento psicológico de los delincuentes. Madrid: Pirámide.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton.

Salamero, M. (coord.) (2005). Test psicológicos, test neuropsicológicos y escalas de valoración. En P.A. Soler y J. Gascón (coord.). *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales* (3ª ed.). Barcelona: Ars Médica.

Saunders, D.G. (1992). A typology of men who batter: three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 246-275.

Straus, M.A. (2007). Conflict Tactics Scales. En N.A. Jackson (Ed.), *Encyclopedia of Domestic Violence* (pp. 190-197). New York: Routledge.

Straus, M.A., Hamby, S., Boney-McCoy, S. y Sugarman, D. (1996). The Revised Conflict Tactics Scale: Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283-316.

Torrubia, R. y Cuquerella, A. (2008). Psicopatía: una entidad clínica controvertida pero necesaria en psiquiatría forense. *Revista Española de Medicina Legal*, 34, 25-35.

Twed, R. y Dutton, D. G. (1998). A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims*, 13, 217-230.

Valls, E. (2008). Violencia de género en el contexto del consumo de drogas: otra realidad sociosanitaria. *Agathos. Atención Sociosanitaria y Bienestar*, 4, 26-32.

Vázquez, J., Jiménez, R. y Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22, 247-255.

Waltz, J., Babcock, J.C., Jacobson, N.S. y Gottman, J.M. (2000). Testing a typology of batterers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 658-669.

## **9. Anexos**

## ANEXO 1

<b>SISTEMA CLASIFICATORIO</b>			
Resumen de las características de cada subtipo			
Subtipo Variable	<b>TIPO 1 FO “Normalizado”</b>	<b>TIPO 2 BD “Patológico”</b>	<b>TIPO 3 GVA “Antisocial”</b>
<b>Extensión de la violencia</b>	Limitada a la pareja	Predominante con pareja (episodios violentos con otras personas ocasionales)	Frecuente implicación en agresiones a desconocidos/ personas distintas a la pareja
<b>Tipo de violencia</b>	Poco frecuente. Gravedad variable	Predominio violencia psicológica. Agresiones esporádicas	Predominio agresión física
<b>Versatilidad delictiva</b>	Sin antecedentes. Único delito violencia contra pareja		Antecedentes policiales y penales por diversidad de delitos
<b>Estilo de apego</b>	Seguro o preocupado	Preocupado	Rechazante
<b>Dependencia emocional</b>	Moderada	Alta	Baja
<b>Consumo de sustancias</b>	Similar a población común. Relación variable (consumo abusivo asociado a episodios violentos). Abordar negación.	Moderado/Alto. Consumo relacionado con malestar afectivo.	Alto (policonsumo)
<b>Ira/Hostilidad</b>	Tendencia a acumular ira hasta explotar		Expresión hostil generalizada. Reacciones airadas frecuentes.
<b>Distorsiones cognitivas</b>	Nivel bajo	Frecuentes atribuciones negativas	Justificación de la violencia. Mayor presencia del estereotipo machista.
<b>Estilo de personalidad</b>	Dependiente, pasivo-agresivo, evitativo	Límite	Antisocial y Narcisista.

<b>Riesgo</b>	<b>Bajo</b>	<b>Medio</b>	<b>Alto</b>
<b>Recomendación terapéutica</b>	<p data-bbox="525 322 766 501">Programa breve centrado en la expresión adecuada de las emociones/gestión de la ira</p> <p data-bbox="539 600 751 689">Valorar necesidad tratamiento toxicológico</p>	<p data-bbox="810 293 1058 472">Programa medio/largo. Especial relevancia del ámbito relacional (apego) y psicopatología ansiosa o depresiva</p> <p data-bbox="810 568 1058 658">Posible necesidad de tratamiento toxicológico</p>	<p data-bbox="1102 322 1350 501">Programa largo. Muy estructurado, directivo y centrado en las consecuencias negativas de su conducta</p> <p data-bbox="1102 600 1350 689">Frecuente necesidad de tratamiento toxicológico</p>

## ANEXO 2. CTS-2

(Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996; adaptación Loinaz, 2008)

NOMBRE: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

CIC/NIS: \_\_\_\_\_

Nº SUJETO: \_\_\_\_\_

No importa lo bien que se lleve una pareja, hay momentos en que discuten, se sienten molestos con la otra persona, quieren cosas diferentes, o simplemente tienen riñas o peleas porque están de mal humor, cansados o por alguna otra razón. Las parejas también tienen muchas **MANERAS DIFERENTES DE RESOLVER SUS DIFERENCIAS**. Esta es una lista de cosas que pueden ocurrir cuando tenéis diferencias.

Por favor, señala cuantas veces **HICISTE TÚ** cada una de estas cosas durante el último año que estuviste junto a tu pareja (víctima), y cuantas veces las **HIZO TU PAREJA**. Si nunca ha pasado, marca un "0". Si tú o tu pareja no habéis hecho ninguna de estas cosas durante ese período, pero han sucedido antes, marca el "7".

**1= Ocurrió una vez**

**2= Ocurrió dos veces**

**3= Ocurrió entre 3 y 5**

**4= Ocurrió de 6 a 10 veces**

**5= Ocurrió de 11 a 20 veces**

**6= Ocurrió más de 20 veces**

**7= Nunca el último año de relación, pero sí antes.**

**0= Nunca ha ocurrido**

1.	Mostré a mi pareja que me preocupaba por ella incluso cuando no estábamos de acuerdo.	1	2	3	4	5	6	7
				0				
2.	Mi pareja me mostró que se preocupaba por mí incluso cuando no estábamos de acuerdo.	1	2	3	4	5	6	7
						0		
3.	Explicué mi opinión a cerca de un desacuerdo a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
								0
4.	Mi pareja me explicó su opinión en un desacuerdo.	1	2	3	4	5	6	7
								0
5.	Insulté o maldije a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
								0
6.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7
								0
7.	Tiré algo a mi pareja que le pudo hacer daño.	1	2	3	4	5	6	7
			0	1	2	3	4	5
8.	Mi pareja me hizo esto a mí.				7	0		
9.	Le retorcí el brazo o tiré del pelo a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
								0
10.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7
								0
11.	Tuve un esguince, moratón, o pequeño corte a causa de una pelea con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
								0
12.	Mi pareja tuvo un esguince, moratón o pequeño corte a causa de una pelea conmigo.	1	2	3	4	5	6	7
								0
13.	Mostré respeto por los sentimientos de mi pareja sobre una cuestión.	1	2	3	4	5	6	7
								0
14.	Mi pareja mostró respeto por mis sentimientos sobre una cuestión.	1	2	3	4	5	6	7
								0
15.	Obligué a mi pareja a mantener relaciones sexuales sin condón.	1	2	3	4	5	6	7
								0
16.	Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7
								0

**1= Ocurrió una vez**

**2= Ocurrió dos veces**

**3= Ocurrió entre 3 y 5**

**4= Ocurrió de 6 a 10 veces**

**5= Ocurrió de 11 a 20 veces**

**6= Ocurrió más de 20 veces**

**7= Nunca el último año de relación, pero sí antes.**

**0= Nunca ha ocurrido**

17. Empujé a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
18. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
19. Usé la fuerza (como golpear, inmovilizar o usar un arma) para obligar a mi pareja a practicar sexo oral o anal conmigo.	1	2	3	4	5	6	7
20. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
21. He usado un cuchillo o pistola contra mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
22. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
23. Perdí el conocimiento por un golpe en la cabeza en una pelea con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
24. Mi pareja perdió el conocimiento por un golpe en la cabeza en una pelea conmigo.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
25. Llamé gordo/a o feo/a a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
26. Mi pareja me llamó gordo/a o feo/a.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
27. Golpeé a mi pareja con algo que pudo hacerle daño.	1	2	3	4	5	6	7
28. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
29. Destrocé algo que pertenecía a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
30. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
31. Fui a un médico a causa de una pelea con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
32. Mi pareja fue a un médico a causa de una pelea conmigo.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
33. Estrangulé (agarré por el cuello) a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
34. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
35. Grité a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
36. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
37. Empujé a mi pareja contra una pared.	1	2	3	4	5	6	7
38. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		

39. Dije que estaba seguro de que podíamos solucionar un problema.	1	2	3	4	5	6	7
					0		
40. Mi pareja dijo que estaba segura de que podíamos solucionar un problema.	1	2	3	4	5	6	7
					0		
41. Necesité visitar a un médico a causa de una pelea con mi pareja, pero no lo hice.	1	2	3	4	5	6	7
					0		
42. Mi pareja necesitó visitar a un médico a causa de una pelea conmigo, pero no lo hizo.	1	2	3	4	5	6	7
					0		
43. Le di una paliza a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
					0		
44. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7
					0		

**1= Ocurrió una vez**

**2= Ocurrió dos veces**

**3= Ocurrió entre 3 y 5**

**4= Ocurrió de 6 a 10 veces**

**5= Ocurrió de 11 a 20 veces**

**6= Ocurrió más de 20 veces**

**7= Nunca el último año de relación, pero sí antes.**

**0= Nunca ha ocurrido**

45. Agarré a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
					0		
46. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7
					0		
47. Usé la fuerza (como golpear, inmovilizar o usar un arma) para hacer que mi pareja practicara sexo conmigo.	1	2	3	4	5	6	7
					0		
48. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7
					0		
49. Salí dando un portazo de la habitación o de la casa durante una discusión.	1	2	3	4	5	6	7
					0		
50. Mi pareja hizo esto.	1	2	3	4	5	6	7
					0		
51. Insistí en practicar sexo cuando mi pareja no quería (pero no usé la fuerza física).	1	2	3	4	5	6	7
					0		
52. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7
					0		
53. Abofeteé a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
					0		
54. Mi pareja me hizo esto a mí.	1	2	3	4	5	6	7
					0		

	1	2	3	4	5	6	7
					0		
55. Me rompí un hueso en una pelea con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
56. Mi pareja se rompió un hueso en una pelea conmigo.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
57. Utilicé amenazas para obligar a mi pareja a practicar sexo oral o anal conmigo.	1	2	3	4	5	6	7
58. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
59. Sugerí un acuerdo sobre una discusión.	1	2	3	4	5	6	7
60. Mi pareja sugirió un acuerdo sobre una discusión.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
61. Le hice una quemadura a mi pareja a propósito.	1	2	3	4	5	6	7
62. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
63. Insistí a mi pareja para practicar sexo oral o anal, pero no usé la fuerza física.	1	2	3	4	5	6	7
64. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
65. Acusé a mi pareja de ser un/a mal/a amante.	1	2	3	4	5	6	7
66. Mi pareja me acusó de esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
67. Hice algo para fastidiar a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
68. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
69. Amenacé con golpear o arrojar algo a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
70. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
71. Sentí dolor físico que duró hasta el día siguiente a causa de una pelea con mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
72. Mi pareja aún sintió dolor físico el día siguiente a causa de una pelea conmigo.					0		

**1= Ocurrió una vez**

**2= Ocurrió dos veces**

**3= Ocurrió entre 3 y 5**

4= Ocurrió de 6 a 10 veces

5= Ocurrió de 11 a 20 veces

6= Ocurrió más de 20 veces

7= Nunca el último año de relación, pero sí antes.

0= Nunca ha ocurrido

73. Le di una patada a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7
74. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
75. Usé amenazas para obligar a mi pareja a practicar sexo.	1	2	3	4	5	6	7
76. Mi pareja me hizo esto a mí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		
77. Estuve de acuerdo en intentar una solución que mi pareja sugirió a una discusión.	1	2	3	4	5	6	7
78. Mi pareja estuvo de acuerdo en intentar una solución que yo sugerí.					0		
	1	2	3	4	5	6	7
					0		

Has terminado. Comprueba si has contestado a todas las frases.

Gracias por tu colaboración.