

VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS Y DISTORSIONES COGNITIVAS DE LOS MALTRATADORES EN EL HOGAR: UN ANÁLISIS DESCRIPTIVO¹

Javier Fernández-Montalvo
Enrique Echeburúa

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

RESUMEN

En este trabajo se lleva a cabo una descripción de las características demográficas, psicopatológicas y de personalidad de los maltratadores domésticos en tratamiento, así como de las principales distorsiones cognitivas que presentan. Además, se hace una comparación en todas las variables estudiadas entre los maltratadores físicos y los maltratadores psicológicos. Los resultados ponen de manifiesto la existencia de un nivel de psicopatología muy elevado, así como de inadaptación a la vida cotidiana. Asimismo es frecuente la presencia de pensamientos irracionales sobre la mujer y sobre la utilización de la violencia como estrategia de afrontamiento de las dificultades cotidianas.

Palabras clave: MALTRATADORES DOMÉSTICOS. PSICOPATOLOGÍA. DISTORSIONES COGNITIVAS.

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

SUMMARY

In this paper demographic, personality and psychopathological characteristics of male batterers, together with the most important irrational beliefs they bear in mind, are presented. Furthermore, scores of both physical male batterers and psychological male batterers are compared. The results showed a high level of psychopathology and a general inadaptation to daily life. Finally, irrational beliefs both about women and about violence use as a way to cope with everyday difficulties were highly present.

Key words: MALE BATTERERS. PSYCHOPATHOLOGY. IRRATIONAL BELIEFS.

INTRODUCCIÓN

La violencia familiar es un fenómeno que ha sido tradicionalmente ignorado por la comunidad científica. Sólo en los últimos años se ha observado un interés creciente en los investigadores por el estudio y la comprensión de este problema social. El relativo abandono en que se ha encontrado este tema puede ser atribuido a que las víctimas ocultan frecuentemente el maltrato - por miedo a represalias y a no ser creídas, fundamentalmente- y a que el maltratador suele negarlo.

Desde una perspectiva clínica, el maltrato doméstico se refiere a las agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otra índole, llevadas a cabo reiteradamente por parte de un familiar (habitualmente el marido), y que causan daño físico y/o psicológico y vulneran la libertad de otra persona (habitualmente la esposa) (Cantos, Neidig y O'Leary, 1994; Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1990).

El estudio de la violencia familiar se ha centrado casi exclusivamente hasta la fecha en las víctimas de maltrato. Son pocas las investigaciones realizadas acerca de los maltratadores, e incluso algunas de ellas se han llevado a cabo a partir del testimonio de las víctimas (Rouse, 1984; Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1994). Hay, por ello, un cierto grado de desconocimiento sobre las variables psicopatológicas y las distorsiones cognitivas de los maltratadores.

No es fácil determinar la tasa de incidencia del maltrato doméstico. En general, según los estudios realizados en EE.UU., entre el 15% y el 30% de las mujeres sufren algún tipo de agresión en el transcurso de la relación

de pareja (Deschner, McNeil y Moore, 1986; O'Leary y Arias, 1988; O'Leary, Barling, Arias, Rosenbaum, Malone y Tyree, 1989; Post, Willett, Franks, House, Back y Wissberg, 1980; Stith, Williams y Rosen, 1992; Straus y Gelles, 1990). En nuestro entorno, si bien no se dispone aún de estudios sobre la prevalencia de la violencia familiar, las denuncias por malos tratos están aumentando de forma creciente.

En la mayor parte de los casos los episodios de malos tratos comienzan en los inicios del matrimonio, e incluso durante el noviazgo (*cf.* Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996). En este sentido, la presencia de algún tipo de agresión psicológica en los primeros meses de relación es un claro predictor de futuros episodios de maltrato físico (Murphy y O'Leary, 1989; O'Leary, Malone y Tyree, 1994).

Desde una perspectiva psicopatológica, son numerosos los estudios que señalan la presencia de alteraciones psiquiátricas en los hombres violentos. En concreto, el abuso de alcohol está presente en más del 50% de los maltratadores domésticos (Bland y Orn, 1986; Conner y Ackerley, 1994; Gelles, 1972; Kaufman y Straus, 1987; Sarasua *et al.*, 1994; Van Hasselt, Morrison y Bellack, 1985; Walker, 1984). La agresión bajo la influencia directa del alcohol es muy variable y oscila entre el 60% y el 85% de los casos (Appleton, 1980; Roberts, 1988), si bien en otros estudios no ha rebasado el 25% de los sujetos estudiados (Bard y Zacker, 1974; Kaufman y Straus, 1987; Rounsaville, 1978). En cualquier caso, el abuso de alcohol no explica en su totalidad la presencia de conductas violentas en los maltratadores (Corsi, 1995).

Por lo que se refiere al consumo de drogas, las tasas de incidencia en los hombres violentos son menores y oscilan entre el 13% y el 35% de los sujetos estudiados (Bergman y Brismar, 1993; Fagan, Steward y Hansen, 1983; Roberts, 1988).

Un aspecto clínicamente significativo es la presencia de celos patológicos. En este sentido, el 47% de las víctimas de malos tratos del estudio de Sarasua *et al.* (1994) relataban la presencia de celos patológicos en su maridos, lo que está en consonancia con otros estudios anteriores (Faulk, 1974; Faulkner, Stoltemberg, Cogen, Nolder y Shooter, 1992; Howes, 1980; Saunders, 1992).

Por otra parte, los trastornos de personalidad se han identificado con mucha frecuencia en la población de maltratadores (Bernard y Bernard, 1984; Dinwiddie, 1992; Hamberger y Hastings, 1985, 1986; Stewart y DeBlois, 1981). En este sentido, y al margen de las dificultades operativas para la

descripción y evaluación precisa de los trastornos de personalidad (Echeburúa, 1994), los más frecuentemente encontrados han sido el trastorno antisocial de la personalidad, el *borderline* y el narcisista (Hamberger y Hastings, 1988a).

Asimismo, cuando se ha comparado a los maltratadores con la población normal, se les ha encontrado más ansiosos y depresivos, fríos emocionalmente, dominantes y hostiles, con poco control de la expresión externa de la ira y de los impulsos en general (Bersani, Chen, Pendleton y Denton, 1992).

A partir de la combinación de todos estos factores, ha habido intentos de elaborar tipologías de maltratadores (Hamberger y Hastings, 1988a; Saunders, 1992). Sin embargo, estos intentos han dado lugar a clasificaciones muy variadas, sin que exista en la actualidad un respaldo empírico suficiente para justificar estas tipologías.

Desde la perspectiva de las relaciones interpersonales, los maltratadores tienden a presentar unas habilidades de comunicación muy pobres, así como estrategias inadecuadas para solucionar los problemas y una baja tolerancia a la frustración (Corsi, 1995). Todo ello contribuye a que en muchas ocasiones los conflictos y las frustraciones cotidianas de estas personas, que no tienen por qué ser mayores de lo habitual, actúen como desencadenantes de los episodios violentos (Faulkner *et al.*, 1992; Hamberger y Hastings, 1988b).

Asimismo es frecuente la presencia de sesgos cognitivos en los maltratadores. Estos sesgos se refieren, por una parte, a pensamientos equivocados sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer y, por otra, a ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma de resolver los conflictos (*cf.* Corsi, 1995; Howes, 1980). No deja de ser significativa también -por la implicación que tiene en la motivación para el tratamiento- la negación -o, al menos, la minimización- del problema, así como la atribución a la pareja del origen del conflicto (Madina, 1994).

El objetivo de esta investigación, que forma parte de un estudio más amplio sobre el tratamiento de los hombres violentos en el hogar (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997), es contribuir al conocimiento de las características demográficas y psicopatológicas de los maltratadores domésticos, así como al de los sesgos cognitivos que están presentes en ellos, lo que puede ser de utilidad para la prevención y el tratamiento temprano de este problema social. El interés de este estudio estriba en que los datos que se presentan se han obtenido directamente de una muestra de maltratadores domésticos y no, como es más habitual, a través del testimonio de las víctimas.

MÉTODO

Sujetos

La muestra de sujetos de este estudio está constituida por 42 pacientes (23 maltratadores físicos y 19 maltratadores psicológicos) que han acudido en busca de tratamiento al Programa de Atención Psicológica a los Maltratadores Domésticos, en el marco de un Servicio de Violencia Familiar que está ubicado en Bilbao, durante el período comprendido entre marzo de 1995 y enero de 1997. Estos sujetos forman parte de una investigación clínica más amplia sobre el tratamiento de los maltratadores domésticos, que está en curso en la actualidad.

Los criterios de admisión para este estudio han sido que el paciente sea un hombre adulto, que acuda voluntariamente a la terapia y que ejerza alguna forma de maltrato, ya sea psicológico o físico, contra su pareja.

Diseño

En el estudio piloto sobre la eficacia del tratamiento psicológico en los maltratadores domésticos (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997, en prensa) que se está llevando a cabo se ha utilizado un diseño experimental de medidas repetidas (pretratamiento, postratamiento, 1 mes y 3 meses), con un único grupo experimental y con un número de sujetos ($N=16$) menor que en este estudio, debido a la existencia de unos criterios de selección más restrictivos.

Dado el carácter descriptivo de esta investigación, y a efectos de dar representatividad a los datos analizados y de aumentar la potencialidad de los análisis estadísticos, se han incluido todos los sujetos que han podido ser evaluados, independientemente de que formen parte o no del estudio piloto sobre tratamiento.

Medidas de evaluación

a) Variables sociodemográficas

Se ha llevado a cabo una entrevista inicial con cada uno de los maltratadores. En esta entrevista se obtenían datos referidos a las principales variables demográficas analizadas en este trabajo: la edad, el estado civil, la formación

académica, el nivel socioeconómico, la situación laboral, el número de hijos, la historia psiquiátrica anterior, el nivel de asertividad y el grado de apoyo social y familiar, así como la existencia o no de denuncia.

b) Variables de maltrato

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

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

Existen dos versiones -una para el maltratador y otra para la víctima-, lo que permite comprobar la veracidad de la información aportada por el paciente. El lector puede encontrar este cuestionario en el *Apéndice 1*.

El *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia* (Echeburúa y Fernández-Montalvo, en prensa) consiste en un listado de 29 ítems binarios (véanse más adelante las *tablas 5 y 6*) que están dirigidos a detectar los pensamientos irracionales del maltratador.

El paciente ha de señalar qué ideas expresadas en el inventario corresponden a su forma habitual de pensar. Este instrumento consta de dos subescalas. La primera de ellas, que está compuesta por 13 ítems, evalúa las distorsiones cognitivas que presenta el sujeto en relación con la mujer. La segunda, que consta de 16 ítems, permite evaluar las cogniciones distorsionadas referidas a la utilización de la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos.

c) Variables psicopatológicas y de personalidad

El *SCL-90-R* (Derogatis, 1975) es un cuestionario autoadministrado de evaluación psicopatológica general. Consta de 90 ítems, con 5 alternativas de respuesta en una escala de tipo Likert, que oscilan entre 0 (*nada*) y 4 (*mucho*). El cuestionario tiene como objetivo reflejar los síntomas de malestar psicológico de un sujeto. Al haberse mostrado sensible al cambio terapéutico, se puede utilizar tanto en una única evaluación como en evaluaciones repetidas. El *SCL-90-R* está constituido por nueve dimensiones de síntomas primarios (somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo). Además, ofrece tres índices globales que reflejan el nivel de gravedad global del sujeto. El punto de corte en el índice global de síntomas (GSI) es 63.

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

El *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983; versión española de Vázquez y Sanz, 1991) consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos, sobre todo en lo relacionado con las alteraciones cognitivas. El rango de las puntuaciones es de 0 a 63. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. Desde la perspectiva

de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66. La versión utilizada en este estudio puede encontrarse en Echeburúa (1995).

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

La *Escala de Autoestima* (Rosenberg, 1965) tiene por objetivo evaluar el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Este instrumento consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert. El rango del cuestionario es de 10 a 40, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima, y el punto de corte en la población adulta es de 29. La fiabilidad test-retest es de 0,85 y el coeficiente *alfa* de consistencia interna es de 0,92. La validez convergente y la validez discriminante son asimismo satisfactorias (*cf.* Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Sauca y Emparanza, 1994). La versión española utilizada en este estudio puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

d) *Variables de adaptación*

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

El *Test de Ajuste Marital* (Locke y Wallace, 1959) está formado por 15 ítems de puntuación variable que evalúan el grado de armonía que existe en la pareja según la percepción de cada miembro. El rango es de 0 a 145 y el punto de corte es de 100, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor

es el ajuste marital. Este instrumento sirve para discriminar a las parejas bien avenidas de las parejas mal avenidas. Los estudios de fiabilidad y validez llevados a cabo con esta escala han dado unos resultados satisfactorios. La escala utilizada en este estudio puede encontrarse en Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997).

RESULTADOS

En los párrafos siguientes se van a presentar los resultados referidos, en primer lugar, a las variables sociodemográficas y de maltrato. En segundo lugar, se van a exponer los datos correspondientes a las variables psicopatológicas y de adaptación de los sujetos estudiados. Por último, se va detallar una tipología de los maltratores en función de los resultados obtenidos.

Variables sociodemográficas

Las características sociodemográficas de la muestra total aparecen descritas en las *tablas 1 y 2*, con una referencia específica a los dos tipos de maltrato (maltrato físico y maltrato psicológico). Como se puede observar, la edad media de la muestra total es de 42 años (con un rango que oscila entre los 30 y los 50 años), sin que existan diferencias significativas entre las dos submuestras.

Tabla 1.- Variables sociodemográficas (1)

	TOTAL (N=42) ----- \bar{X} (DT)	Maltrato físico N=23 ----- \bar{X} (DT)	Maltrato psicológico N=19 ----- \bar{X} (DT)	<i>t</i>
EDAD	42,1 (10,2)	44,4 (10,7)	39,3 (9,1)	1,63 (n.s.)
NÚMERO DE HIJOS	1,8 (1,3)	2 (1,6)	1,6 (0,9)	0,74 (n.s.)

Tabla 2.- Variables sociodemográficas (y 2)

	TOTAL (N=42)		Maltrato físico N=23		Maltrato psicológico N=19		X ²
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	
Estado civil							
casado	36	(85,7%)	17	(73,9%)	19	(100%)	5,87
soltero	3	(7,1%)	3	(13%)	0		
separado	3	(7,1%)	3	(13%)	0		
Nivel cultural							
sin estudios	3	(7,1%)	3	(13%)	0		3,74
estudios primarios	24	(57,1%)	12	(52,2%)	12	(63,2%)	
estudios secundarios	11	(26,2%)	5	(21,7%)	6	(31,6%)	
estudios universitarios	4	(9,5%)	3	(13%)	1	(5,3%)	
Nivel Socio-económico							
bajo	16	(38,1%)	9	(39,1%)	7	(36,8%)	13,53 *
medio-bajo	10	(23,8%)	1	(4,3%)	9	(47,4%)	
medio	14	(33,3%)	12	(52,2%)	2	(10,5%)	
medio-alto	2	(4,8%)	1	(4,3%)	1	(5,3%)	
alto	0		0		0		
Situación Laboral							
activo	31	(73,8%)	17	(73,9%)	14	(73,7%)	1,06
en paro	7	(16,7%)	3	(13%)	4	(21,1%)	
jubilado	4	(9,5%)	3	(13%)	1	(5,3%)	
Historia psiquiátrica anteriores							
sí	19	(45,2%)	11	(47,8%)	8	(42,1%)	0,13
no	23	(54,8%)	12	(52,2%)	11	(57,9%)	
Asertividad							
baja	19	(45,2%)	10	(43,5%)	9	(47,4%)	1,36
media	13	(31%)	6	(26,1%)	7	(36,8%)	
alta	10	(23,8%)	7	(30,4%)	3	(15,8%)	
Apoyo familiar							
sí	17	(40,5%)	8	(34,8%)	9	(47,4%)	0,68
no	25	(59,5%)	15	(65,2%)	10	(52,6%)	

Tabla 2.- Variables sociodemográficas (y 2) (continuación)

Apoyo social				
sí	21 (50%)	12 (52,2%)	9 (47,4%)	0,09
no	21 (50%)	11 (47,8%)	10 (52,6%)	
Denuncia				
sí	15 (35,7%)	15 (65,2%)	0	19,27 *
no	27 (64,3%)	8 (34,8%)	19 (100%)	
* $p < 0,001$				

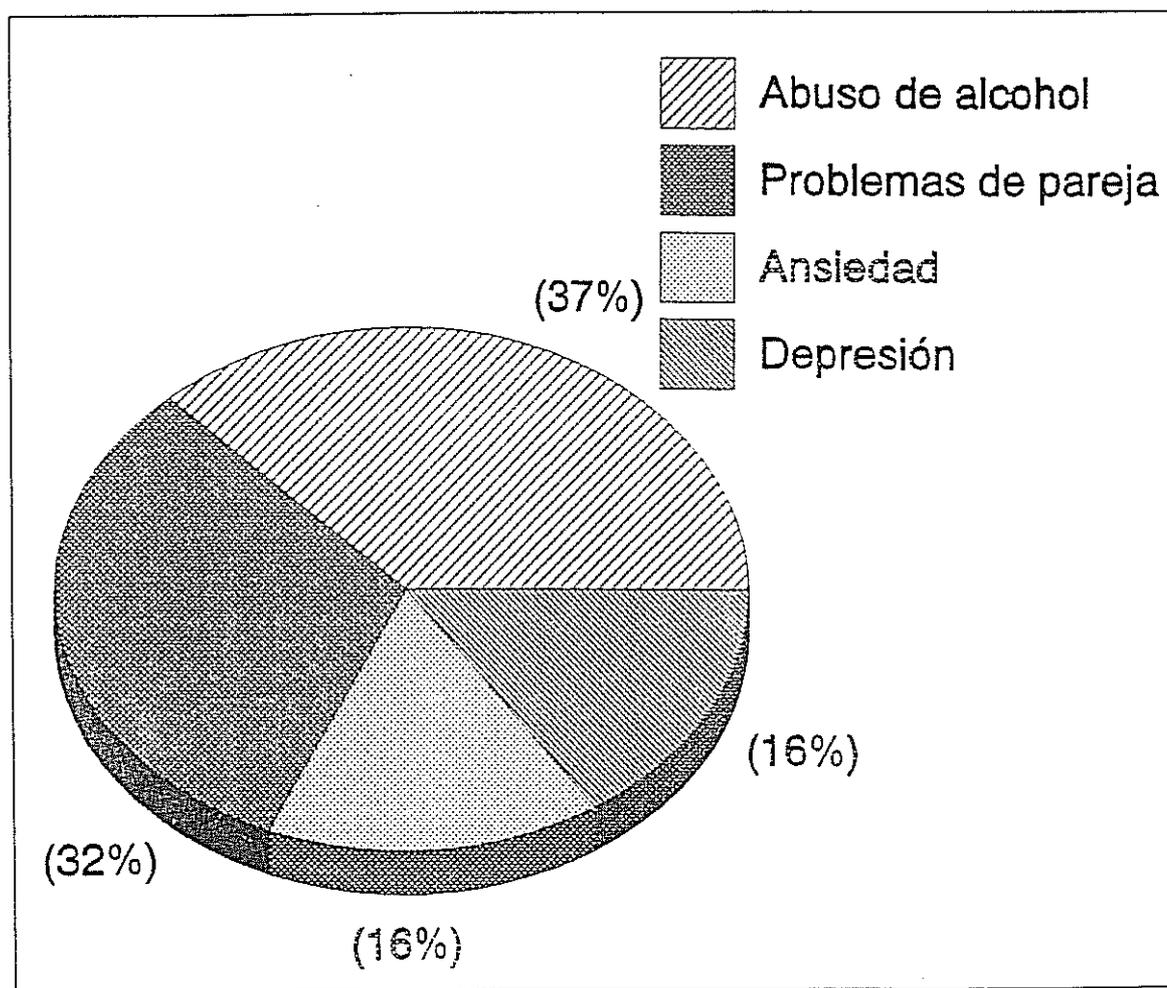


Figura 1.- Tipo de historia psiquiátrica anterior

El nivel de instrucción de la mayoría es más bien bajo, con un predominio claro de pacientes con estudios primarios (57%) y con sólo un 9% de sujetos con estudios universitarios. Por ello, el nivel socioeconómico de los casos estudiados oscila entre la clase baja y la clase media. Hay, sin embargo, diferencias significativas entre las dos submuestras: los maltratadores psicológicos pertenecen a una clase social más baja. En cuanto a la ocupación laboral, la mayor parte de los pacientes permanece en activo en su trabajo, sin que destaque especialmente la tasa de paro.

Los casos estudiados tienden a presentar un nivel de asertividad más bien bajo. Por otra parte, y como era de esperar, los sujetos denunciados pertenecen al grupo de los maltratadores físicos. En concreto, en este subgrupo la tasa de denuncias asciende al 65% de los casos.

Quizá el aspecto más significativo de este apartado sea la existencia de antecedentes psiquiátricos en un 45% de la muestra, muy por encima de los resultados obtenidos en la población general (un 15%-20%) (Bernardo, 1991). Las principales razones por la que han recibido atención psicológica o psiquiátrica con anterioridad son el abuso de alcohol, los trastornos emocionales (ansiedad y depresión) y los problemas de pareja (*figura 1*).

VARIABLES DE MALTRATO

a) Aspectos generales

La descripción de los resultados obtenidos en las variables de maltrato figura en la *tabla 3*. Como se puede observar, destaca la alta duración del mismo: en un 40% de la muestra la situación de violencia familiar persiste desde hace más de 10 años y se remonta en muchos casos al noviazgo o al primer año de matrimonio. Hay, por tanto, una tendencia clara a la cronificación del problema. En general, en la submuestra de maltratadores físicos la antigüedad del problema suele ser mayor que en la de los maltratadores psicológicos. En casi todos los casos, independientemente del subtipo de maltrato, los últimos episodios violentos han sido muy recientes.

Por otra parte, en un porcentaje significativo de los casos (31%) la violencia no se limita exclusivamente a la pareja, sino que se extiende a los hijos, con un predominio, en estos casos, de un maltrato de tipo psicológico.

No son infrecuentes los comportamientos violentos fuera del hogar. De hecho, un 26% de la muestra total (y hasta un 39% de la submuestra de

Tabla 3.- Variables de maltrato

	TOTAL	Maltrato físico	Maltrato psicológico	χ^2
	(N=42)	N=23	N=19	
	N (%)	N (%)	N (%)	
Duración del maltrato				
más de 10 años	17 (40,5%)	14 (60,9%)	3 (15,8%)	9,51 *
de 5 a 10 años	13 (31%)	5 (21,7%)	8 (42,1%)	
de 1 a 4 años	8 (19%)	2 (8,7%)	6 (31,6%)	
menos de 1 año	4 (9,5%)	2 (8,7%)	2 (10,5%)	
Primer episodio				
noviazgo	13 (31%)	10 (43,5%)	3 (15,8%)	11,31 *
1 ^{er} año de matrimonio	11 (26,2%)	8 (34,8%)	3 (15,8%)	
2 ^o -5 ^o año de matrimonio	9 (21,4%)	4 (17,4%)	5 (26,3%)	
más de 5 años de matrimonio	9 (21,4%)	1 (4,3%)	8 (42,1%)	
Último episodio				
0-1 mes	24 (57,1%)	13 (56,5%)	11 (57,9%)	3,48
1-3 meses	12 (28,6%)	5 (21,7%)	7 (36,8%)	
3-6 meses	3 (7,1%)	2 (8,7%)	1 (5,3%)	
más de 6 meses	3 (7,1%)	3 (13%)	0	
Maltrato observado en la infancia				
sí	16 (38,1%)	10 (43,5%)	6 (31,6%)	0,62
no	26 (61,9%)	13 (56,5%)	13 (68,4%)	
Maltrato sufrido en la infancia				
sí	15 (35,7%)	9 (39,1%)	6 (31,6%)	0,25
no	27 (64,3%)	14 (60,9%)	13 (68,4%)	
Maltrato a los hijos				
sí	11 (30,6%)	8 (44,4%)	3 (16,7%)	3,27
no	25 (69,4%)	10 (55,6%)	15 (83,3%)	
Tipo de maltrato a los hijos				
físico	3 (27,3%)	3 (37,5%)	0	1,54
psicológico	8 (72,7%)	5 (62,5%)	3 (100%)	

Tabla 3.- Variables de maltrato (continuación)

Violencia fuera del hogar				
sí	11 (26,2%)	9 (39,1%)	2 (10,5%)	4,40 *
no	31 (73,8%)	14 (60,9%)	17 (89,5%)	
Celos				
sí	16 (38,1%)	10 (43,5%)	6 (31,6%)	0,62
no	26 (61,9%)	13 (56,5%)	13 (68,4%)	
Abuso del alcohol				
sí	21 (50%)	11 (47,8%)	10 (52,6%)	0,09
no	21 (50%)	12 (52,2%)	9 (47,4%)	
* $p < 0,05$				

maltrato físico) muestra conductas violentas fuera del ámbito familiar, especialmente en las relaciones con los amigos y con los compañeros de trabajo. En estos casos la violencia se hace extensiva, por tanto, al ámbito de las relaciones cotidianas.

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

Desde la perspectiva de los antecedentes familiares, un 38% de la muestra ha observado situaciones de maltrato en la infancia -del padre hacia la madre, principalmente- y un 36% ha sido víctima de violencia familiar.

b) Aspectos cuantitativos y percepción subjetiva de la gravedad de los episodios de maltrato

El resumen de estos aspectos, recogidos del *Cuestionario de Variables Dependientes del Maltrato*, aparece descrito en la *tabla 4*.

Como se puede observar, la frecuencia de los episodios de maltrato es alta (4 días mensuales) y, además, intensa porque la duración media de cada episodio es superior a los 30 minutos. No hay diferencias entre las dos submuestras en estas variables.

Tabla 4.- Frecuencia, duración y percepción subjetiva de la gravedad de los episodios de maltrato

	TOTAL (N=42) ----- \bar{X} (DT)	Maltrato físico N=23 ----- \bar{X} (DT)	Maltrato psicológico N=19 ----- \bar{X} (DT)	t
Indicador subjetivo (0-24)	14,1 (6,1)	15 (5,7)	12,8 (6,4)	0,97 (n.s.)
Frecuencia de maltrato (número de veces al mes)	4,1 (2,5)	3,5 (2,1)	4,5 (2,8)	1,08 (n.s.)
Duración de los episodios de maltrato (minutos)	32 (24,6)	33,4 (22,7)	30,3 (26,6)	0,34 (n.s.)

No obstante, a pesar de la frecuencia constante y de la duración considerable de los episodios de maltrato, la percepción de los pacientes sobre la gravedad de estas conductas no es excesivamente alta, como lo demuestra la puntuación en el *Indicador Subjetivo del Paciente*, lo cual dificulta la toma de conciencia del problema.

c) Distorsiones cognitivas

Desde una perspectiva cognitiva, se han analizado los pensamientos que presentan de forma habitual los hombres maltratadores de la muestra. Para ello se ha utilizado el *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia* (Echeburúa y Fernández-Montalvo, en prensa).

En lo que se refiere a los pensamientos relacionados con la mujer, destaca la existencia de ideas machistas sobre los roles sexuales (*tabla 5*). Como muestras de este estilo de pensamiento, según un 43% de los sujetos, "la

Tabla 5.- Pensamientos distorsionados sobre la mujer

PENSAMIENTOS SOBRE LA MUJER	SÍ	NO
Las mujeres son inferiores a los hombres	2 (4,8%)	40 (95,2%)
Si el marido es el que aporta el dinero en casa, la mujer debe estar supeditada a él	4 (9,5%)	38 (90,5%)
El marido es el responsable de la familia, por lo que la mujer le debe obedecer	2 (4,8%)	40 (95,2%)
La mujer debe tener la comida y la cena a punto para cuando el marido vuelva a casa	18 (42,9%)	24 (57,1%)
La obligación de una mujer es tener relaciones sexuales con su marido, aunque en ese momento no le apetezca	3 (7,1%)	39 (92,9%)
Una mujer no debe llevar la contraria a su marido	17 (40,5%)	25 (59,5%)
Una mujer que permanece conviviendo con un hombre violento debe tener un serio problema psicológico	31 (73,8%)	11 (26,2%)
Para muchas mujeres, el maltrato por parte de sus maridos es una muestra de su preocupación por ellas	11 (26,2%)	31 (73,8%)
Cuando un hombre pega a su mujer, ella ya sabrá por qué	7 (16,6%)	35 (83,3%)
Si las mujeres realmente quisieran, sabrían cómo prevenir nuevos episodios de violencia	25 (59,5%)	17 (40,5%)
Muchas mujeres provocan deliberadamente a sus maridos para que éstos pierdan el control y las golpeen	19 (45,2%)	23 (54,8%)
Si una mujer tiene dinero, no tiene por qué soportar una relación en la que existe violencia	13 (30,9%)	29 (69,1%)
El hecho de que la mayoría de las mujeres no suele llamar a la policía cuando están siendo maltratadas, prueba que quieren proteger a sus maridos	12 (28,6%)	30 (71,4%)

Tabla 6.- Pensamientos distorsionados sobre el uso de la violencia

PENSAMIENTOS SOBRE EL USO DE LA VIOLENCIA	SÍ	NO
Si un niño pega a tu hijo, éste debe responderle de la misma forma	5 (11,9%)	37 (88,1%)
Los profesores de escuela hacen bien en utilizar el castigo físico contra niños que son repetidamente desobedientes y rebeldes	5 (11,9%)	37 (88,1%)
Los niños realmente no se dan cuenta de que sus padres pegan a sus madres a no ser que sean testigos de una pelea	25 (59,5%)	17 (40,5%)
Las bofetadas son a veces necesarias	10 (23,8%)	32 (76,2%)
Para maltratar a una mujer hay que odiarla	10 (23,8%)	32 (76,2%)
La mayoría de los hombres que agreden a sus parejas creen que su comportamiento está justificado	18 (42,9%)	24 (57,1%)
La mayoría de los hombres que agreden a sus parejas se sienten avergonzados y culpables por ello	26 (61,9%)	16 (38,1%)
Los golpes en el trasero (a un niño) son a veces necesarios	31 (73,8%)	11 (26,2%)
Lo que ocurre en una familia es problema únicamente de la familia	20 (47,6%)	22 (52,4%)
Muy pocas mujeres tienen secuelas físicas o psíquicas a causa de los malos tratos	6 (14,2%)	36 (85,8%)
Si muchas mujeres no fastidiaran tanto a sus maridos, seguramente no serían maltratadas	12 (28,6%)	30 (71,4%)
La mayoría de los maltratadores son personas fracasadas o "perdedores"	18 (42,9%)	24 (57,1%)
Las mujeres a menudo lesionan también a sus maridos	26 (61,9%)	16 (38,1%)
Cuando tus vecinos se están pegando, es responsabilidad tuya intervenir	14 (33,3%)	28 (66,7%)
Siempre es un delito que un hombre pegue a una mujer	37 (88,1%)	5 (11,9%)
Los agresores son personas con graves problemas psicológicos que a menudo no saben lo que hacen	25 (59,5%)	17 (40,5%)

mujer debe tener la comida y la cena a punto para cuando el marido vuelva a casa"; y, según un 40%, *"una mujer no debe llevar la contraria a su marido"*.

En otros casos hay una valoración inadecuada de la significación del maltrato o de los factores causales del mismo. De este modo, un 26% señala que *"para muchas mujeres, el maltrato por parte de sus maridos es una muestra de su preocupación por ellas"*; y alrededor de la mitad de los sujetos llega a pensar que *"muchas mujeres provocan deliberadamente a sus maridos para que éstos pierdan el control y las golpeen"* o que *"si las mujeres realmente quisieran, sabrían cómo prevenir nuevos episodios de violencia"*.

Por otra parte, los hombres maltratadores presentan ideas relacionadas con la utilización de la violencia como una forma aceptable de resolver los conflictos (tabla 6). Así, según el 23% de la muestra, *"las bofetadas son a veces necesarias"*; según el 43%, *"la mayoría de los hombres que agreden a sus parejas creen que su comportamiento está justificado"*; y según el 74%, *"los golpes en el trasero (a un niño) son a veces necesarios"*.

Un dato de gran interés es la conceptualización del maltrato como algo que pertenece exclusivamente al ámbito privado de la familia. En este sentido, nada menos que el 48% cree que *"lo que ocurre en una familia es problema únicamente de la familia"*. Sólo un 33% considera que *"cuando tus vecinos se están pegando, es responsabilidad tuya intervenir"*.

VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS Y DE PERSONALIDAD

Los resultados obtenidos en el inventario de síntomas *SCL-90-R* aparecen descritos en la tabla 7. Los maltratadores presentan un nivel muy elevado de síntomas psicopatológicos en prácticamente todas las dimensiones. De hecho, los sujetos estudiados, como grupo, puntúan de forma positiva en 65 ($PST = 64,9$) de las 90 preguntas que contiene el inventario. Asimismo, según el *Índice Global de Gravedad (GSI)* ($X=72$), los síntomas aparecen con gran intensidad.

Cuando se comparan en el *SCL-90-R* los resultados obtenidos por los maltratadores físicos y los maltratadores psicológicos, se observan diferencias significativas en las dimensiones de *sensibilidad interpersonal* (referida a sentimientos personales de inadecuación e inferioridad en relación a otras personas) y de *ideación paranoide* (referida a pensamientos o conductas

derivadas del síndrome paranoide y en cuya base están la suspicacia, la hostilidad, la grandiosidad, etc.). Aunque ambos subgrupos superan el punto de corte en las dos dimensiones, los maltratadores psicológicos se muestran más acomplejados y desconfiados que los maltratadores físicos.

Tabla 7.- Resultados en el SCL-90-R (Derogatis, 1975)

	TOTAL	Maltrato físico	Maltrato psicológico	t
	(N=42)	N=23	N=19	
	\bar{X} (DT)	\bar{X} (DT)	\bar{X} (DT)	
GSI	71,6 (8,7)	70,6 (9,4)	73,3 (7,1)	0,72
PSDI	58,7 (9,3)	59,2 (8,1)	58 (11,1)	0,30
PST	64,9 (9,7)	65,6 (4,5)	63,7 (14,9)	0,46
Somatización	60,6 (8,8)	60,6 (9,6)	60,7 (7,2)	0,04
Obsesión-compulsión	66,2 (10,7)	63,1 (12,4)	71,6 (6,5)	1,90
Sensibilidad interpersonal	71,1 (7,1)	68,6 (7,8)	75,1 (5,7)	2,15 *
Depresión	73,7 (7,9)	71,8 (9,1)	77 (4,8)	1,54
Ansiedad	69,6 (8,5)	67,8 (8,8)	72,6 (7,9)	1,35
Hostilidad	67,7 (9,3)	67,5 (10,9)	68,2 (5,4)	0,17
Ansiedad fóbica	62,2 (10,1)	60,9 (10,7)	64,4 (8,9)	0,82
Ideación paranoide	68,1 (7,2)	65,6 (7,7)	72,2 (6,3)	2,13 *
Psicoticismo	67,4 (8,4)	66,8 (8,5)	68,4 (8,3)	0,44

* $p < 0,05$

Las puntuaciones obtenidas en el resto de los cuestionarios utilizados en la evaluación psicopatológica figuran en la *tabla 8*. Si bien los sujetos presentan un nivel bajo de ira-estado, la disposición para sentir ira (ira-rasgo) es relativamente alta.

El nivel de síntomas depresivos presentado por los pacientes ofrece unos resultados equívocos: es más bien alto en la dimensión correspondiente del *SCL-90-R*, pero resulta de tipo medio en el *BDI*. En cuanto a la ansiedad, los resultados ofrecen un perfil más bien ansioso de los sujetos.

En lo que se refiere a la autoestima, es la única variable de este apartado en la que existen diferencias significativas entre ambas submuestras. Si bien

ambos grupos se sitúan en torno al punto de corte del cuestionario (29 puntos), los maltratadores psicológicos presentan un nivel significativamente menor de autoestima.

Variables de adaptación

Los maltratadores presentan un nivel elevado de inadaptación a la vida cotidiana. Asimismo, como era de esperar, las relaciones de pareja están muy deterioradas y el ajuste marital está muy por debajo del punto de corte. En ambas variables -la inadaptación global y la armonía marital- no se aprecian diferencias entre las dos submuestras.

Tabla 8.- Resultados en las variables psicopatológicas, de personalidad y de adaptación

	TOTAL (N=42)		Maltrato físico N=23		Maltrato psicológico N=19		t
	\bar{X}	(DT)	\bar{X}	(DT)	\bar{X}	(DT)	
STAXI-estado	15,8	(4,5)	16,7	(5,3)	14,7	(3,3)	1,39
STAXI-rasgo	23,2	(7,1)	23,6	(8,1)	22,8	(5,7)	0,33
BDI	15,8	(10,5)	14,9	(11,5)	16,9	(9,1)	0,60
STAI-estado	33,9	(13,4)	30,8	(30,5)	37,5	(13,1)	1,58
STAI-rasgo	28,8	(10,5)	26,3	(11,1)	31,6	(9,8)	1,60
Autoestima	29,1	(4,3)	30,5	(3,9)	27,3	(4,8)	2,29 *
Inadaptación	18,4	(6,4)	17,6	(6,7)	19,4	(6,1)	0,91
Ajuste marital	66,2	(22,6)	68,4	(22,9)	63,6	(22,2)	0,65

* $p < 0,05$

Tipos de maltratadores

Los resultados que se exponen en este apartado pretenden ser una aproximación al establecimiento de tipologías clínicas de maltratadores. Se trata de reflejar la percepción subjetiva de los autores de este texto en relación

con los resultados obtenidos y el tipo de pacientes que han observado en el trabajo clínico diario.

Los tipos se pueden establecer en función, por una parte, de la extensión de la violencia y, por otra, del perfil psicopatológico presentado (tabla 9).

Tabla 9.- Tipos de maltratadores

TIPOLOGÍAS	N	(%)
En función de la extensión de la violencia		
Tipo 1: Violento sólo en el hogar	31	(73,8%)
Tipo 2: Violento en general	11	(26,2%)
En función del perfil psicopatológico		
Tipo 1: Sin habilidades interpersonales	23	(54,8%)
Tipo 2: Sin control de los impulsos	19	(45,2%)

En lo que se refiere a la extensión de la violencia, la mayor parte de los sujetos (el 74%) son *violentos sólo en el hogar*. Se trata de personas que en casa ejercen un nivel de maltrato grave, pero que en la calle adoptan conductas sociales adecuadas. En estos casos las frustraciones cotidianas fuera de casa, así como el abuso de alcohol o los celos patológicos, contribuyen a desencadenar episodios de violencia dentro del hogar.

Por el contrario, los *violentos en general* (el 26% de la muestra), en los que son frecuentes las experiencias de maltrato en la infancia, son personas agresivas tanto en casa como en la calle y cuentan con muchas ideas distorsionadas sobre la utilización de la violencia como forma aceptable de solucionar los problemas.

En cuanto al perfil psicopatológico, hay personas con *déficit en las habilidades interpersonales* (el 55% de la muestra), es decir, que no han aprendido unas habilidades adecuadas para las relaciones interpersonales debido a carencias habidas en el proceso de socialización. El recurso a la violencia suple la ausencia de otro tipo de estrategias de solución de problemas.

Por otra parte, los maltratadores *sin control de los impulsos* (el 45% de la muestra) son personas que tienen episodios bruscos e inesperados de descontrol con la violencia. Si bien presentan unas habilidades sociales más adecuadas y son más conscientes de que la violencia no es una forma aceptable de resolver los conflictos, se muestran incapaces de controlar los episodios violentos, que surgen en forma de un *trastorno explosivo intermitente*.

CONCLUSIONES

En este trabajo se ha realizado un análisis descriptivo minucioso de la muestra de hombres maltratadores que han acudido a un programa de ayuda terapéutica. El perfil del paciente es un hombre casado, con una edad media de 42 años y perteneciente a una clase social media o baja. En cuanto a este último dato, los resultados obtenidos pueden reflejar un sesgo. Al haberse ofrecido un tratamiento gratuito en el marco de un Servicio de Violencia Familiar dependiente de la Diputación de Vizcaya, cabe pensar que estén representados mínimamente maltratadores de clases sociales más altas, que pueden utilizar otro tipo de recursos privados, lo que resulta congruente con los datos obtenidos en otros estudios (*cf.* Rounsaville, Lifton y Bieber, 1979).

Hay, sin embargo, otra explicación alternativa a esta sobrerrepresentación de la clase social baja en los hombres violentos en el hogar. En esta clase social una mayor carencia de recursos educativos, sociales y económicos genera una mayor frustración, que hace más probable la aparición de conductas violentas. De hecho, hay una relación entre la baja autoestima, derivada de la percepción de un estatus social bajo, y el maltrato doméstico (Steinmetz y Straus, 1974), independientemente de la clase social. Por ello, incluso en las clases más altas se mantiene la relación entre el maltrato y los recursos (educativos, familiares y psicológicos) limitados (O'Brian, 1971). En cualquier caso, se trata aún de hipótesis tentativas que necesitan una mayor comprobación empírica.

Respecto a la existencia de denuncias, es destacable que ningún maltratador psicológico haya sido denunciado por parte de su pareja. Este dato corrobora la dificultad -existente, por otra parte, también en el caso de las víctimas de maltrato físico- para sacar a la luz la situación de violencia psicológica, que puede producir unas secuelas psicológicas tan graves como el maltrato físico (*cf.* Zubizarreta *et al.*, 1994). Sin duda alguna, este dato pone de

manifiesto la necesidad de una mayor conciencia social sobre el problema de los malos tratos.

En lo que se refiere a las características del maltrato, es destacable la larga duración del mismo (superior a 10 años en un 40% de los casos), con una tendencia clara a la cronificación del problema. Hay, sin embargo, diferencias significativas entre el maltrato psicológico y el físico, con una mayor duración de este último. Lo mismo ocurre en el comienzo de los episodios de violencia, donde el maltrato físico suele comenzar de forma más temprana. Téngase presente, a este respecto, que el maltrato físico puede manifestarse en forma de maltrato psicológico en las primeras fases. En cualquier caso, los datos referidos a la duración y al comienzo de los episodios violentos ponen de manifiesto el inicio de los malos tratos, en muchos de los casos, en una fase temprana de la relación de pareja (primeros años de matrimonio e incluso noviazgo), lo que constituye un predictor de nuevas agresiones futuras (Murphy y O'Leary, 1989; O'Leary *et al.*, 1994).

A pesar de la frecuencia media de los episodios de maltrato (4 días al mes) y de su duración (32 minutos), los maltratadores no presentan una percepción real de la gravedad del problema. Este hecho se relaciona directamente con la presencia de numerosos sesgos cognitivos en los maltratadores, entre los que destacan la negación o la minimización del maltrato o la atribución del problema a su mujer. Además, según el análisis del *Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia*, son frecuentes las distorsiones cognitivas en relación con los roles sexuales y con la utilización de la violencia como forma aceptable de resolver los conflictos. De hecho, la violencia se hace también extensiva a los hijos en un 31% de los casos y a las situaciones extrafamiliares en un 26% de los casos.

Un dato interesante es el referido a la observación o sufrimiento de malos tratos en la infancia por parte del maltratador. Con arreglo a la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977), los maltratadores provienen de familias con agresiones y han aprendido, a través del modelado, que la violencia es una forma aceptable de resolver los conflictos. Si bien en nuestro estudio un 38% de la muestra ha observado situaciones de maltrato durante la infancia (principalmente del padre hacia la madre) y un 36% ha sido víctima de malos tratos en la niñez, queda una mayoría de sujetos en que no se da la continuidad *víctima de maltrato en la infancia/maltratador en la vida adulta*. Por lo tanto, el aprendizaje social no explica en su totalidad el

fenómeno del maltrato. De hecho, los resultados obtenidos en las diferentes investigaciones sobre este punto arrojan resultados contradictorios (Briere, 1987; Dinwiddie, 1992; Milner y Gold, 1986; Rouse, 1984; Sirls, Lipchik y Kowalski, 1993).

Los antecedentes psiquiátricos, referidos especialmente al abuso de alcohol y a los trastornos emocionales (ansiedad y depresión), están presentes en casi la mitad de los maltratadores. De este modo, los *antecedentes inmediatos* de la vida adulta parecen desempeñar un papel más importante que los *antecedentes remotos* de la niñez.

En lo que se refiere a las variables psicopatológicas actuales, es destacable la presencia de un nivel elevado de síntomas psicopatológicos en general, con una significación especial de los celos patológicos y del abuso de alcohol, así como de la irritabilidad y de la falta de control de los impulsos, lo que resulta congruente con otros estudios previos (Dutton, 1988; Hamberger y Hastings, 1988a, 1991). Los sentimientos de inferioridad y las ideas paranoides desempeñan también un papel importante, especialmente en el caso de los maltratadores psicológicos. En todos los casos la adaptación a la vida cotidiana es insatisfactoria.

Se han establecido dos tipos de maltratadores en función de la extensión de la violencia y del perfil psicopatológico. Si bien se trata de una tipología que proviene de meras apreciaciones clínicas, los porcentajes de sujetos que pertenecen a cada una de ellas muestran la necesidad de realizar estudios más cuidadosos, que permitan la validación de estos perfiles. En cualquier caso, los maltratadores no responden a un único perfil. La conducta de maltrato se desarrolla y se mantiene por razones muy variadas que, si bien cuentan con aspectos comunes, difieren significativamente de unos sujetos a otros. Sin duda, el estudio de los tipos de maltratadores podrá arrojar luz sobre este fenómeno y sobre la clasificación más adecuada, lo que puede redundar en la elaboración de programas terapéuticos diferenciados (Gondolf, 1997; Ornduff, Kelsey y O'Leary, 1995).

El estudio sistemático de las características demográficas y psicopatológicas de los hombres violentos no ha hecho más que empezar. Este estudio pretende, en último término, proporcionar una mayor claridad a la descripción psicopatológica del hombre maltratador, así como una mayor comprensión de este problema social, que sólo recientemente se ha comenzado a estudiar con el suficiente rigor científico. Sólo de esta forma se podrán llevar a cabo una prevención adecuada y un abordaje terapéutico eficaz para eliminar las conductas de maltrato.

BIBLIOGRAFÍA

- Appleton, W. (1980). The battered woman syndrome. *Annals of Emergency Medicine*, 9, 84-91.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs. N.J. Prentice Hall.
- Bard, M. y Zacker, J. (1974). Assaultiveness and alcohol use in family disputes. *Criminology*, 12, 281-292.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao. Desclée de Brower (original, 1979).
- Bergman, B. y Brismar, B. (1993). Assaultants and victims: A comparative study of male wife-beaters and battered males. *Journal of Addictive Diseases*, 12, 1-10.
- Bernard, J. y Bernard, M. (1984). The abusive male seeking treatment: Jekyll and Hyde. *Family Relations*, 33, 543-547.
- Bernardo, M. (1991). Epidemiología psiquiátrica. En J. Vallejo (ed.). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona. Salvat. 3ª edic.
- Bersani, C.A., Chen, H.T., Pendleton, B.F. y Denton, R. (1992). Personality traits of convicted male batterers. *Journal of Family Violence*, 7, 123-134.
- Bland, R. y Orn, H. (1986). Family violence and psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 6, 129-137.
- Briere, J. (1987). Predicting self-reported likelihood of battering: attitudes and childhood experiences. *Journal of Research in Personality*, 21, 61-69.
- Cantos, A.L., Neidig, P.H. y O'Leary, K.D. (1994). Injuries of women and men in a treatment program for domestic violence. *Journal of Family Violence*, 9, 113-124.
- Conner, K.R. y Ackerley, G.D. (1994). Alcohol-related battering: developing treatment strategies. *Journal of Family Violence*, 9, 143-155.
- Corsi, J. (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires. Paidós.
- Derogatis, L.R. (1975). *The SCL-90-R*. Clinical Psychometric Research. Baltimore.
- Deschner, J.P., McNeil, J.S. y Moore, M.G. (1986). A treatment model for batterers. *Social Casework: The Journal of Contemporary Social Work*, January, 55-60.
- Dinwiddie, S. (1992). Psychiatric disorders among wife batterers. *Comprehensive Psychiatry*, 33, 411-416.
- Dutton, D. (1988). Profiling of wife assaulters: Preliminary evidence for a trimodal analysis. *Violence and Victims*, 3, 5-30.
- Echeburúa, E. (1994). Trastornos de personalidad: concepto, clasificación y evaluación. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid.
- Echeburúa, E. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona. Martínez Roca.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1987). *Escala de Inadaptación*. Manuscrito no publicado.

- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Sauca, D. (1990). *Malos tratos y agresiones sexuales: lo que la mujer debe saber y puede hacer*. Servicio de Publicaciones de Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer. Vitoria.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1997, en prensa). Tratamiento cognitivo-conductual de hombres violentos en el hogar: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*. (En prensa).
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (en prensa). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral. *Manual de violencia familiar*. Madrid. Pirámide.
- Fagan, J.A., Stewart, D.K. y Hansen, K.V. (1983). Violent men or violent husbands. En D. Finkelhor, R.J. Gelles, G.T. Hotaling y M.A. Straus (Eds.). *The dark side of families: current family violence research*. Beverly Hills, CA. Sage.
- Faulk, M. (1974). Men who assault their wives. *Medicine, Science and the Law*, 14, 180-183.
- Faulkner, K., Stoltemberg, C.D., Cogen, R., Nolder, M. y Shooter, E. (1992). Cognitive-behavioral group treatment for male spouse abusers. *Journal of Family Violence*, 7, 37-55.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). *Manual práctico del juego patológico. Ayuda para el paciente y guía para el terapeuta*. Madrid. Pirámide.
- Gelles, R.J. (1972). *The violent home*. Beverly Hills, CA. Sage.
- Gondolf, E.W. (1997). Batterer programs. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 83-98.
- Hamberger, L.K. y Hastings, J.E. (1985). *Personality correlates of men who abuse their partners: some preliminary data*. Paper presented at the meeting of the Society of Personality Assessment, Berkeley, California.
- Hamberger, L.K. y Hastings, J.E. (1986). Personality correlates of men who abuse partners: a cross-validation study. *Journal of Family Violence*, 1, 323-341.
- Hamberger, L.K. y Hastings, J.E. (1988a). Characteristics of male spouse abuser consistent with personality disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 763-770.
- Hamberger, L.K. y Hastings, J.E. (1988b). Skills training for treatment of spouse abusers: an outcome study. *Journal of Family Violence*, 3, 121-130.
- Hamberger, L.K. y Hastings, J.E. (1991). Personality correlates of men who batter and nonviolent men: Some continuities and discontinuities. *Journal of Family Violence*, 6, 131-148.
- Howes, K. (1980). Conjugal violence: what 33 men report. *Journal of Marital and Family Therapy*, (april), 207-213.

- Kaufman, G. y Straus, M.A. (1987). The "Drunken Bum" theory of wife beating. *Social Problems*, 34, 213-230.
- Locke, H.J. y Wallace, K.M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: their reliability and validity. *Marriage and Family Living*, 21, 251-255.
- Madina, J. (1994). Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- Milner, J.S. y Gold, R.G. (1986). Screening spouse abusers for child abuse potential. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 169-172.
- Murphy, C.M. y O'Leary, K.D. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 579-582.
- O'Brian, J.E. (1971). Violence in divorce-prone families. *Journal of Marriage and the Family*, 33, 692-698.
- O'Leary, K.D. y Arias, I. (1988). Prevalence, correlates and development of spouse abuse. En R.D. Peters y R.J. McMahon (Eds.). *Social learning in system approaches to marriage and the family*. New York. Brunner/Mazel.
- O'Leary, K.D., Barling, J., Arias, I., Rosenbaum, A., Malone, J. y Tyree, A. (1989). Prevalence and stability of physical aggression between spouses: a longitudinal analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 263-268.
- O'Leary, K.D., Malone, J. y Tyree, A. (1994). Physical aggression in early marriage: prerelationship and relationship effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 594-602.
- Ornduff, S.R., Kelsey, R.M. y O'Leary, K.D. (1995). What do we know about typologies of batterers?. *Journal of Family Psychology*, 9, 249-252.
- Post, R.D., Willett, A.B., Franks, R.D., House, R.M., Back, S.M. y Wissberg, M.P. (1980). A preliminary report on the prevalence of domestic violence among psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 137, 974-975.
- Roberts, A.R. (1988). Substance abuse among men who batter their mates: the dangerous mix. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 5, 83-87.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the adolescent self-image*. New Jersey. Princenton.
- Rounsaville, B.J. (1978). Theories in marital violence: evidence from a study of battered women. *Victimology: An International Journal*, 3, 11-31.
- Rounsaville, B.J., Lifton, N. y Bieber, M. (1979). The natural history of a psychotherapy group for battered women. *Psychiatry*, 42, 63-78.
- Rouse, L.P. (1984). Models, self-esteem, and locus of control as factor contributing to spouse abuse. *Victimology: An International Journal*, 9, 130-141.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (1994). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- Saunders, D.G. (1992). A typology of men who batter: three types derive from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 264-275.

- Sirles, E.A., Lipchik, E. y Kowalski, K. (1993). A consumer's perspective on domestic violence interventions. *Journal of Family Violence*, 8, 267-276.
- Spielberger, C.D. (1988). *State-Trait Anger Expression Inventory*. Orlando, FL. Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto C.A., Consulting Psychologists Press (versión española, T.E.A., 1982).
- Steinmetz, S.K. y Straus, M.A. (1974). *Violence in the family*. Dodd Mead. New York.
- Stewart, M.A. y DeBlois, C.S. (1981). Wife abuse among families attending a child psychiatry clinic. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 20, 845-862.
- Stith, S., Williams, M. y Rosen, K. (1992). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao. Desclée de Brouwer (original, 1990).
- Straus, M.A. y Gelles, R.J. (1990). How violent are american families? Estimates from the National Family Violence Resurvey and other studies. En M.A. Straus y R.J. Gelles (Eds.). *Physical Violence in American Families*. New Brunswick, NJ. Transaction Publishers.
- Van Hasselt, V.B., Morrison, R.L. y Bellack, A.S. (1985). Alcohol use in wife abusers and their spouses. *Addictive Behaviors*, 10, 127-135.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1991). Fiabilidad y validez factorial de la versión española del Inventario de Depresión de Beck. *III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona.
- Walker, L.E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York. Springer.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.

CUESTIONARIO DE VARIABLES DEPENDIENTES DEL MALTRATO
(Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1997)

NOMBRE: Nº:

TERAPEUTA: FECHA:

1. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia ha tenido episodios violentos con su pareja?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Ninguna vez | 1 vez | 2 veces | Entre 3 y 5 veces | Más de 6 veces |

Considero que esta frecuencia es:

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Muy grande | Grande | Mediana | Pequeña | Nula |

2. Especifique la duración media de los episodios violentos:

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| 0 minutos | Menos de 15 minutos | Entre 15 y 30 minutos | Entre 30 y 60 minutos | Más de 60 minutos |

Considero que esta duración es:

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> |
| Muy grande | Grande | Mediana | Pequeña | Nula |

3. Especifique la intensidad de los episodios violentos:

<input type="checkbox"/>				
Muy grande	Grande	Mediana	Pequeña	Nula

4. Considero que las consecuencias físicas que he ocasionado con los episodios violentos a mi pareja han sido:

<input type="checkbox"/>				
Muy grandes	Grandes	Medianas	Pequeñas	Nulas

5. Considero que las consecuencias psicológicas que he ocasionado con los episodios violentos a mi pareja han sido:

<input type="checkbox"/>				
Muy grandes	Grandes	Medianas	Pequeñas	Nulas

6. Considero que las repercusiones de los episodios violentos sobre mi relación de pareja han sido:

<input type="checkbox"/>				
Muy grandes	Grandes	Medianas	Pequeñas	Nulas