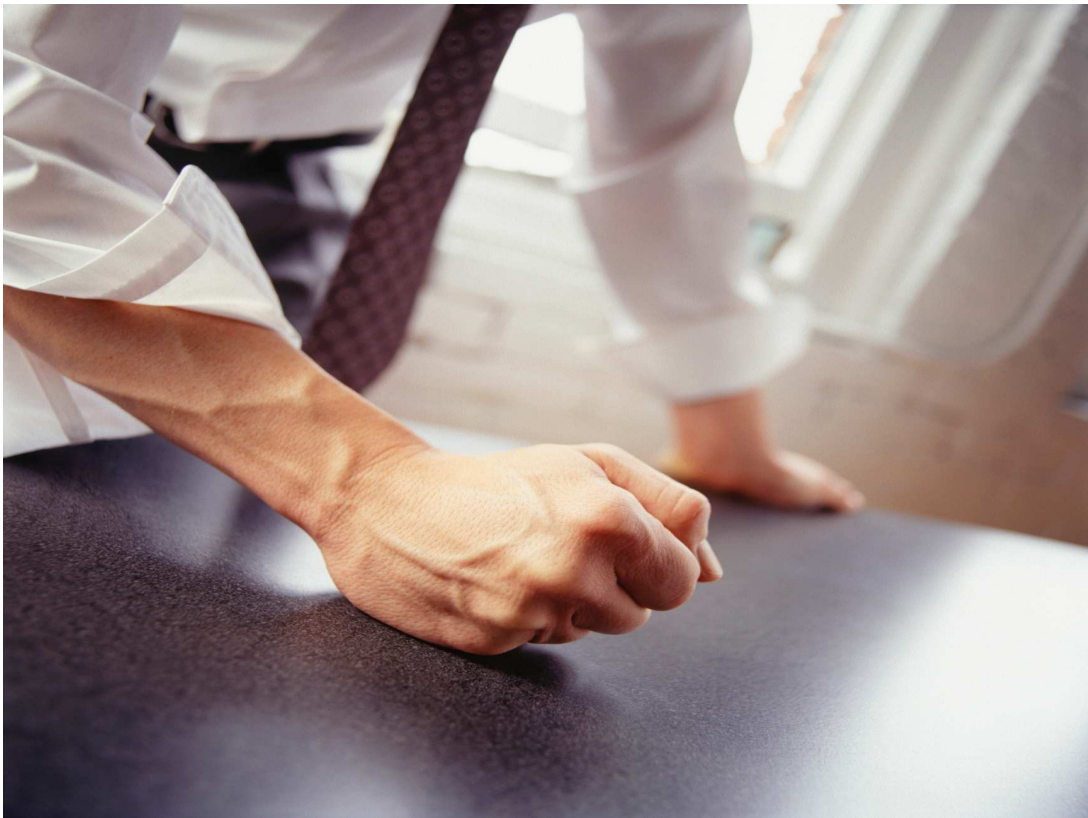


Experiencias de crianza, esquemas disfuncionales y trastornos de la personalidad en agresores de pareja



TESIS DOCTORAL

Autora: Carmen Corral Bulnes

Directora: Dra. Esther Calvete Zumalde

Bilbao, 2011



UNIVERSIDAD DE DEUSTO

TERCER CICLO

PROGRAMA: SALUD Y FAMILIA

**Experiencias de crianza, esquemas disfuncionales y
trastornos de la personalidad en agresores de pareja**

Tesis doctoral realizada por Carmen Corral Bulnes

Dirigida por la Dra. Esther Calvete Zumalde

La directora

La doctoranda

Bilbao, 2 de Mayo de 2011

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero expresar mi más sincero agradecimiento a Esther Calvete, mi directora de tesis, por su excelente dirección, apoyo, cercanía y dedicación. Además de por hacer posible lo que parecía imposible, y porque sin su ayuda, guía, orientación y confianza en mí, esta tesis no hubiese sido posible.

Quiero también agradecer al Instituto de Reinserción Social de Bizkaia (IRSE-EBI) el que haya permitido este estudio y agradecer el valioso trabajo que desde el SAD, SAV, SAER y Gakoa realizan tanto con las víctimas de los delitos como con los perpetradores de los mismos. Por la orientación y apoyo realmente profesional y humano que proporcionan. En especial, quiero agradecer a todos los miembros del Programa Gakoa su ayuda, confianza y apoyo. En especial, a mis amigos y compañeros, a Jorge Freudenthal por su amistad y por haberme enseñado tanto en este mundo de los “malotes”, a Teresa Peña por enseñarme el lado más humano de nuestra profesión, y a David Garrido por caminar conmigo en este terreno, mostrarme su experiencia y ayudarme con mis miedos.

También quiero agradecer a la Unidad de Apoyo de la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias el que me haya permitido realizar este estudio. En especial, a Jesús y a Estíbaliz de la prisión de Nanclares y a Laura y Marian, de la prisión de Martutene, sin cuya ayuda y dedicación este proyecto no habría sido posible. Gracias también por su gran labor profesional en este campo.

Quiero también dar las gracias a Cristina Guerricaechevarría y a Raúl Cenea, por recorrer conmigo tantos momentos profesionales y personales.

No puedo olvidarme de dar las gracias también a Bideratu, el Foro de Intervenciones Grupales con Hombres en Violencia de Género, por dedicar su tiempo y esfuerzo en la búsqueda de una mejora en las intervenciones psicológicas de los hombres agresores.

Agradecer también por su confianza a todos los hombres que han colaborado en este estudio.

Y por último quisiera agradecer a mi familia, en especial a Stéphan, su comprensión y paciencia. Por haber aceptado sin quejarse que este estudio le robase mi tiempo y mi energía, por confiar siempre en mí y resignarse a que el salón pareciese un campo de batalla de papeles, libros y humaredas.

Para terminar, quiero dedicar esta tesis a mis padres, que aunque sólo viven en mi corazón y mi memoria, me han dado fuerza y energía, y han supuesto la inspiración que necesitaba para terminar con esta parte de mi carrera profesional.

ÍNDICE

0. Introducción.....	1
1. La violencia contra la pareja.....	5
1.1. Definición y conceptos.....	5
1.2. Tipos de violencia contra la mujer por parte de la pareja.....	7
1.2.1. La violencia o maltrato físico.....	7
1.2.2. La violencia o maltrato psicológico.....	8
1.2.3. La violencia o maltrato sexual.....	10
1.3. La dinámica de la relación de pareja: el ciclo y la escalada de la violencia.....	11
1.4. Prevalencia de la violencia contra la mujer en la pareja.....	14
1.4.1. La prevalencia a nivel mundial y europeo.....	17
1.4.2. La prevalencia en España.....	22
1.4.2.1. Denuncias y procedimientos judiciales en España.....	25
1.4.2.2. Femicidios en España.....	27
1.4.2.3. La Ley Orgánica 1/2004 y su seguimiento.....	30
1.5. Conclusiones.....	35
2. Los agresores de pareja: perfiles y rasgos de salud mental asociados.....	37
2.1. Modelos explicativos del comportamiento del agresor de pareja.....	38
2.1.1. Teorías Macro-orientadas.....	39
2.1.1.1. Teorías feministas.....	39
2.1.1.2. Teoría de la subcultura de la violencia.....	40
2.1.2. Teorías Micro-orientadas.....	40
2.1.2.1. Teorías biológicas y orgánicas.....	41
2.1.2.2. Teoría del aprendizaje social o de la transmisión intergeneracional de la violencia.....	42

2.1.2.3. Modelo del intercambio.	42
2.1.3. Teorías multicausales o multidimensionales.....	43
2.1.3.1. Modelo ecológico del maltrato.....	43
2.1.3.2. Modelo interactivo de la violencia.....	44
2.1.3.3. Modelo de los mecanismos psicológicos de la violencia en el hogar...	44
2.2. Tipologías de los agresores de pareja.....	46
2.2.1. Según aspectos Psicofisiológicos.....	47
2.2.2. Según la gravedad de la violencia, el riesgo para la víctima y el historial de comportamientos previos.	49
2.2.3. En función de diferentes dimensiones.....	51
2.2.3.1. La Tipología de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994).....	52
2.2.3.2. La tipología de Donald G.Dutton.....	63
2.2.4. En función de las etapas de cambio de Prochaska y Diclemente.....	73
2.3. Problemas de salud mental en los maltratadores.....	74
2.3.1. Los trastornos de la personalidad.....	74
2.3.1.1. El trastorno paranoide de la personalidad.....	80
2.3.1.2. El trastorno límite de la personalidad.....	83
2.3.1.3. El trastorno narcisista de la personalidad.....	87
2.3.1.4. El trastorno antisocial de la personalidad.....	90
2.3.1.5. El trastorno histriónico de la personalidad.....	94
2.3.1.6. El trastorno de la personalidad por dependencia.....	96
2.3.1.7. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.....	99
2.3.1.8. Otros trastornos de personalidad asociados según otras clasificaciones.....	101

2.3.1.9. Tipologías de agresores de pareja en función de los trastornos de la personalidad.....	103
2.3.2. Ansiedad y depresión.	108
2.3.3. Consumo de alcohol y otras sustancias.....	110
2.3.4. El control de la ira.....	113
2.4. Conclusiones.....	118
3. Los agresores de pareja: rasgos cognitivos.....	121
3.1. El modelo cognitivo.....	121
3.1.1. Los productos cognitivos.....	122
3.1.2. Los procesos u operaciones cognitivas.....	124
3.1.3. Los esquemas cognitivos.....	125
3.1.3.1. Origen de los esquemas.....	126
3.1.4. La hipótesis sobre la especificidad del contenido cognitivo.....	128
3.1.5. Resumen del modelo cognitivo.....	130
3.2. Variables cognitivas asociadas a los agresores de pareja.....	130
3.2.1. Los esquemas sobre el uso de la violencia.....	131
3.2.2. Las esquemas sobre los roles masculinos y femeninos.....	134
3.2.3. Las atribuciones.....	137
3.2.3.1. Atribuciones de los hombres agresores.....	139
3.2.4. Los celos.	143
3.2.5. El autoconcepto y la autoestima.....	148
3.2.6. Los esquemas.....	154
3.2.6.1. Los esquemas disfuncionales tempranos.....	158
1. El Esquema de Privación Emocional.....	162
2. El esquema de Abandono/Inestabilidad.....	162

3. El esquema de Desconfianza/ Abuso.....	163
4. El esquema de Imperfección/ Culpa.....	165
5. El esquema de Dependencia/ Incompetencia.....	166
6. El esquema de Apego Inmaduro.....	167
7. El esquema de Fracaso.....	168
8. El esquema de Subyugación.....	169
9. El esquema de Grandiosidad.....	169
10. El esquema de Autocontrol Insuficiente.....	171
3.2.6.2. Los esquemas disfuncionales tempranos y la conducta violenta.....	172
3.2.6.3. Los estilos de crianza parentales asociados al origen de los esquemas en los agresores de pareja.....	174
3.2.6.4. Los esquemas disfuncionales tempranos y los trastornos de personalidad.....	177
3.3. Conclusiones.....	184
4. Conclusiones marco teórico.....	187
5. Objetivos e hipótesis del estudio.....	191
5.1. Objetivos e hipótesis.....	191
5.2. Diseño.....	195
6. Método.....	197
6.1. Participantes.....	197
6.1.1. El grupo de agresores de pareja.	197
6.1.2. El grupo de contraste.....	200
6.2. Medidas.....	202
6.2.1. El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III, T. Millon et al., 1994).....	202

6.2.2. Cuestionario de Esquemas – Forma reducida (Schema Questionnaire-Short Form, SQ-SF, Young y Brown, 1994)	206
6.2.3. Inventario de Estilos Parentales-YPI (Young Parenting Inventory, Young, 2003).	210
6.2.4. CTS2 La escala de tácticas para conflictos revisada (Straus et al., 1996).....	214
6.4. Procedimiento.....	218
7. Resultados.....	221
7.1. Trastornos y rasgos clínicos de personalidad.....	221
7.2. Los esquemas disfuncionales tempranos (EDTs)	223
7.2.1. Esquemas disfuncionales tempranos clínicos.....	223
7.2.2. Diferencias en los esquemas disfuncionales tempranos entre el grupo de agresores de pareja y el grupo de contraste.....	224
7.3. Los estilos de crianza parentales recordados.....	226
7.3.1. Estilos de crianza parentales clínicamente significativos en agresores de pareja.....	226
7.3.2. Diferencias en los estilos de crianza parentales recordados entre el grupo de agresores de pareja y el grupo de contraste.....	227
7.3.3. Diferencias entre los estilos de crianza maternos y paternos en los agresores de pareja.....	230
7.4. Conductas agresivas en el año anterior a la denuncia.....	231
7.5. Esquemas disfuncionales tempranos y estilos de crianza parentales en los agresores de pareja.....	232
7.5.1. Estilos de crianza parentales (madre y padre) y esquemas disfuncionales tempranos.	238
7.5.2. Estilos de crianza maternos y esquemas disfuncionales tempranos.....	240

7.5.3. Estilos de crianza paternos y esquemas disfuncionales tempranos.....	242
7.6. Esquemas disfuncionales tempranos y trastornos de la personalidad en agresores de pareja.....	245
7.7. Estilos de crianza parentales y trastornos de la personalidad en agresores de pareja.....	254
7.7.1. Estilos de crianza parentales (materno y paterno) y trastornos de la personalidad.....	254
7.7.2. Estilos de crianza maternos y trastornos de la personalidad.....	262
7.7.3. Estilos de crianza paternos y trastornos de la personalidad.....	270
7.7.4. Estilos de crianza parentales y puntuaciones en las escalas de los trastornos de la personalidad.....	279
7.8. Esquemas disfuncionales tempranos y tipos de violencia en la relación.....	284
7.9. Estilos de crianza parentales y tipos de violencia en la relación.....	286
7.10. Trastornos de la personalidad y tipos de violencia en la relación.....	289
7.11. Los esquemas como mediadores entre los estilos de crianza parentales y los trastornos de la personalidad.....	290
7.12. Los esquemas como mediadores entre los estilos de crianza parentales y los tipos de violencia en la relación de pareja.....	297
8. Discusión de resultados.....	299
8.1. Presencia de trastornos de la personalidad en agresores de pareja.....	299
8.2. Esquemas disfuncionales tempranos (EDTs).....	302
8.3. Los estilos de crianza parentales recordados en los hombres agresores de su pareja.....	305
8.3.1. Estilos de crianza parentales disfuncionales en agresores de pareja.....	306

8.3.2. Diferencias en los estilos de crianza parentales entre el grupo de agresores y el grupo de contraste.....	308
8.4. Esquemas disfuncionales tempranos y estilos de crianza parentales recordados en los agresores de pareja.....	310
8.5. Esquemas disfuncionales tempranos y diferencia en estilos de crianza maternos y paternos en los agresores de pareja.....	313
8.6. Esquemas disfuncionales tempranos y trastornos de la personalidad en agresores de pareja.....	314
8.6.1. El trastorno de la personalidad por dependencia.....	315
8.6.2. El trastorno histriónico de la personalidad.	316
8.6.3. El trastorno narcisista de la personalidad.	317
8.6.4. El trastorno antisocial de la personalidad.....	318
8.6.5. El trastorno agresivo-sádico de la personalidad.	319
8.6.6. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.....	320
8.6.7. El trastorno límite de la personalidad.....	320
8.6.8. El trastorno paranoide de la personalidad.....	322
8.7. Trastornos de la personalidad y estilos de crianza parentales recordados en los agresores de pareja.....	323
8.7.1. El trastorno de la personalidad por dependencia.....	324
8.7.2. El trastorno histriónico de la personalidad.....	325
8.7.3. El trastorno narcisista de la personalidad.....	326
8.7.4. El trastorno antisocial de la personalidad.....	327
8.7.5. El trastorno agresivo sádico de la personalidad.....	328
8.7.6. El trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad.....	329
8.7.7. El trastorno límite de la personalidad.....	330

8.7.8. El trastorno paranoide de la personalidad.....	331
8.8. Los esquemas disfuncionales tempranos como mediadores entre los estilos de crianza parentales y los trastornos de la personalidad en agresores de pareja.....	333
8.9. Tipos de violencia ejercida, esquemas disfuncionales tempranos y estilos de crianza parentales en agresores de pareja.....	336
8.9.1. Tipo de conductas agresivas ejercidas por los agresores de pareja en el año anterior a la denuncia.....	337
8.9.2. Tipo de conductas agresivas ejercidas y esquemas disfuncionales tempranos en agresores de pareja.....	337
8.9.3. Tipo de conductas agresivas ejercidas en la relación y estilos de crianza parentales recordados en agresores de pareja.....	339
8.9.4. Tipo de conductas agresivas ejercidas y trastornos de la personalidad en agresores de pareja.....	340
8.10. Los esquemas disfuncionales tempranos como mediadores entre los estilos de crianza parentales y el tipo de violencia en la relación en los agresores de pareja.....	341
9. Limitaciones.....	343
10. Conclusiones e implicaciones.....	345
11. Referencias Bibliográficas.....	349
12. Anexos.....	407

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Femicidios cometidos por parejas o exparejas en diversos países europeos durante el año 2006 (Adaptado de Sanmartín et al., 2010).....	21
Tabla 2. Indicadores de la Macroencuesta de violencia contra las mujeres (Instituto de la Mujer, 1999, 2002, 2006).....	23
Tabla 3. Denuncias interpuestas por violencia contra la pareja, en función del autor de la agresión (2002-2007) (Ministerio del Interior).....	27
Tabla 4. Denuncias recibidas por el Juzgado de Violencia contra la Mujer (2008- 3er trimestre 2010).....	31
Tabla 5. Las medidas penales y civiles derivadas de las órdenes de protección y otras medidas cautelares de protección y seguridad (2008-3er trimestre 2010).....	33
Tabla 6. Subtipos de agresores y cómo difieren en las diferentes dimensiones descriptivas (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994).....	53
Tabla 7. Relaciones entre estudios previos y la tipología de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994).....	59
Tabla 8. Relaciones entre estudios posteriores y la tipología de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994).....	60
Tabla 9. Tipologías asociadas a las dimensiones propuestas por D. G. Dutton (adaptada de D. G. Dutton, 2007).....	64
Tabla 10. Características de los agresores según la tipología de D. G. Dutton (adaptado de D. G. Dutton, 2007).....	72
Tabla 11. Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002).....	78
Tabla 12. Ítems y factores de la PCL-R (Hare, 2000).....	92

Tabla 13. Tipologías basadas en trastornos de personalidad (adaptado de Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; y Dixon y Browne, 2003)	105
Tabla 14. Porcentaje de agresores con rasgos y trastornos de personalidad según el MCMI-III	222
Tabla 15. Prevalencia de hombres con indicadores clínicos en los esquemas.....	224
Tabla 16. Diferencias en esquemas disfuncionales tempranos entre el grupo de agresores y el grupo de contraste.....	225
Tabla 17. Porcentaje de agresores con puntuaciones clínicamente significativas en los diferentes estilos parentales	227
Tabla 18. Diferencias en estilos de crianza maternos entre el grupo de contraste y el grupo de agresores	228
Tabla 19. Diferencia en estilos de crianza paternos entre el grupo de contraste y el grupo de agresores	229
Tabla 20. Diferencias en estilos de crianza parentales (maternos y paternos) entre el grupo de contraste y el grupo de agresores.....	229
Tabla 21. Diferencias entre estilos de crianza maternos y paternos en agresores de pareja.....	230
Tabla 22. Prevalencia y frecuencia de conductas agresivas en el año anterior a la denuncia	231
Tabla 23. Coeficientes de correlación entre esquemas y estilos de crianza parentales en agresores de pareja.....	233
Tabla 24. Coeficientes de correlación entre esquemas y estilos de crianza maternos en agresores de pareja.....	235
Tabla 25. Coeficientes de correlación entre esquemas y estilos de crianza paternos en agresores de pareja.....	237

Tabla 26. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno de la personalidad por dependencia.....	245
Tabla 27. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno histriónico de la personalidad.....	246
Tabla 28. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno narcisista de la personalidad.....	247
Tabla 29. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno antisocial de la personalidad.....	248
Tabla 30. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno agresivo-sádico de la personalidad.....	249
Tabla 31. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.....	250
Tabla 32. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno límite de la personalidad.....	251
Tabla 33. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno paranoide de la personalidad.....	252
Tabla 34. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno de la personalidad por dependencia.....	255
Tabla 35. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno histriónico de la personalidad.....	256
Tabla 36. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno narcisista de la personalidad.....	257
Tabla 37. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno antisocial de la personalidad.....	258

Tabla 38. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno agresivo-sádico de la personalidad.	259
Tabla 39. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.	260
Tabla 40. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno límite de la personalidad.	261
Tabla 41. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno paranoide de la personalidad.	262
Tabla 42. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno de la personalidad por dependencia.	263
Tabla 43. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno histriónico de la personalidad.	264
Tabla 44. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno narcisista de la personalidad.	265
Tabla 45. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno antisocial de la personalidad.	266
Tabla 46. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno agresivo-sádico de la personalidad.	267
Tabla 47. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.	268
Tabla 48. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno límite de la personalidad.	269
Tabla 49. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno paranoide de la personalidad.	270

Tabla 50. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno dependiente de la personalidad.	271
Tabla 51. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno histriónico de la personalidad.	272
Tabla 52. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno narcisista de la personalidad.	273
Tabla 53. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno antisocial de la personalidad.	274
Tabla 54. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno agresivo-sádico de la personalidad.	275
Tabla 55. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.	276
Tabla 56. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno límite de la personalidad.	277
Tabla 57. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno paranoide de la personalidad.	278
Tabla 58. Rasgos clínicos y trastornos de personalidad.	301

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Incidencia de femicidios de pareja, expareja, novia o exnovia desde 2000 hasta 2009. Datos del Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia (2010).	29
Figura 2. Medidas de protección.	32
Figura 3. Modelo bidimensional de D. G. Dutton (2007).	65
Figura 4. Analogía entre la salud física y mental (T. Millon et al., 2004).	77
Figura 5. Distribución de la muestra en función del centro de procedencia.	198

Figura 6. Distribución de la muestra según la edad.....	199
Figura 7. Distribución de la muestra según nacionalidad.....	199
Figura 8. Distribución de la muestra de contraste según edad.....	201
Figura 9. Diferencias de edad entre el grupo de contraste y el grupo de agresores de pareja.....	201
Figura 10. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos parentales disfuncionales y los dominios de esquemas disfuncionales tempranos.....	239
Figura 11. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos parentales disfuncionales y los esquemas disfuncionales tempranos.....	240
Figura 12. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos maternos disfuncionales y los dominios de esquemas disfuncionales tempranos.....	241
Figura 13. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos maternos disfuncionales y los esquemas disfuncionales tempranos.....	242
Figura 14. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos paternos disfuncionales y los dominios de esquemas disfuncionales tempranos.....	243
Figura 15. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos paternos disfuncionales y los esquemas disfuncionales tempranos.....	244
Figura 16. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de esquemas disfuncionales tempranos y los trastornos de personalidad.....	253
Figura 17. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos parentales disfuncionales y los trastornos de personalidad.	280

Figura 18. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos disfuncionales maternos y los trastornos de personalidad.....	281
Figura 19. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos disfuncionales paternos y los trastornos de personalidad.	283
Figura 20. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de esquemas disfuncionales tempranos y el tipo de violencia ejercida en la relación.	284
Figura 21. Modelo estructural estimado de la asociación entre los esquemas disfuncionales tempranos y el tipo de violencia ejercida en la relación.	285
Figura 22. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos parentales disfuncionales y el tipo de violencia ejercida en la relación.	286
Figura 23. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos disfuncionales maternos y el tipo de violencia ejercida en la relación.....	287
Figura 24. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos disfuncionales paternos y el tipo de violencia ejercida en la relación.....	288
Figura 25. Modelo estructural estimado de la asociación entre los trastornos de personalidad y el tipo de violencia ejercida en la relación.	289
Figura 26. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno de personalidad por dependencia.....	290
Figura 27. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno histriónico de la personalidad.	291
Figura 28. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno de personalidad narcisista.....	292

Figura 29. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno de personalidad compulsivo.	293
Figura 30. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno antisocial de personalidad.....	294
Figura 31. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno agresivo-sádico de personalidad.....	295
Figura 32. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno de personalidad límite.....	296
Figura 33. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno paranoide de la personalidad.	297
Figura 34. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el tipo de violencia ejercida en la relación.....	298

0. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende explorar perfiles cognitivos en hombres que han ejercido la violencia de pareja y que tienen una sentencia condenatoria por el delito de violencia contra la mujer. El perfil cognitivo hace referencia a las creencias centrales sobre uno mismo, los demás y el mundo (A. T. Beck, 1976; A. T. Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), las cuales consisten en elementos organizados a partir de conductas y experiencias pasadas que forman un cuerpo de conocimiento y que modelan nuestra forma de percibir e interpretar el mundo y a nosotros mismos (Young, Klosko y Weishaar, 2003) y que son considerados la esencia de los rasgos de personalidad (Young et al., 2003). En esta investigación se propone que, de acuerdo con los modelos cognitivos de psicopatología, determinados esquemas disfuncionales se asocian de forma específica a los problemas emocionales y conductuales de este colectivo.

En concreto, en este estudio se pretende evaluar el papel desempeñado por los esquemas disfuncionales en los trastornos de personalidad, y su asociación con la conducta violenta en los agresores de pareja.

Además, este trabajo se fundamenta en la premisa de que los esquemas disfuncionales tienen su origen en experiencias de crianza negativas, por lo que se evalúa retrospectivamente como fueron estas experiencias en los hombres agresores.

El contenido de este trabajo se estructura en dos grandes bloques. El primer bloque se dedica a la fundamentación teórica de este estudio, que a su vez está compuesto por tres capítulos. En el primer capítulo se aborda el problema de la violencia de pareja. Se considera la conceptualización y terminología, la dinámica de la violencia, las diferentes formas en las que puede aparecer y su prevalencia y epidemiología.

El segundo capítulo se centra en los perfiles y rasgos de salud mental asociados a los perpetradores de la violencia. En este capítulo se describen los modelos explicativos más

importantes propuestos sobre el comportamiento del hombre agresor en la pareja, así como las tipologías más relevantes. Asimismo, se abordan los trastornos de salud mental más frecuentes de los agresores de pareja, como son los trastornos de personalidad, el abuso de sustancias como el alcohol y otras drogas, y algunos trastornos emocionales como la depresión y los problemas de control de la ira.

El tercer capítulo de este trabajo se centra en los aspectos y rasgos cognitivos asociados a los agresores de pareja. En el mismo, se describe el modelo cognitivo y su contribución al estudio de la psicopatología. Se abordan los aspectos cognitivos asociados a este colectivo, entre los que se encuentran los esquemas relativos al uso de la violencia y los roles masculino y femenino, las atribuciones, los celos y el autoconcepto y la autoestima. Asimismo, se presenta el modelo de la terapia de esquemas propuesto por Young (1999) y se describen los esquemas disfuncionales tempranos, su origen y su relación con la conducta violenta y los trastornos de la personalidad.

El *segundo bloque* de este trabajo está dedicado a la parte empírica de este estudio, la cual se lleva a cabo con los siguientes objetivos principales: Conocer los rasgos y trastornos de personalidad, los esquemas disfuncionales tempranos y los estilos de crianza parentales disfuncionales recordados en los agresores de pareja condenados por un delito de violencia contra la mujer. Explorar si existe un perfil diferencial a nivel de las variables cognitivas y los estilos de crianza disfuncionales con relación a un grupo de contraste. Y conocer las relaciones entre las diferentes variables estudiadas así como explorar si las variables cognitivas actúan como mediadores entre los estilos de crianza parentales recordados, los rasgos clínicos y trastornos de la personalidad, y la violencia de pareja.

Para lograr estos objetivos se ha llevado a cabo un estudio con una muestra de 101 hombres condenados por haber ejercido la violencia contra sus parejas (la muestra de agresores de pareja ha sido recogida en los programas específicos de tratamiento para

agresores condenados por violencia contra la pareja tanto en el ámbito penitenciario como ambulatorio). Además, se contó con un grupo de contraste compuesto por 108 hombres voluntarios que habían participado como grupo de control para otro estudio (Estévez y Calvete, 2007).

De forma muy sintética los resultados obtenidos muestran que los agresores de pareja de nuestra muestra presentan una alta prevalencia tanto de rasgos clínicos y trastornos de personalidad como de esquemas disfuncionales tempranos y estilos de crianza disfuncionales. Asimismo, los resultados muestran en general una relación consistente de casi todas las variables estudiadas, e indican que los esquemas disfuncionales tempranos se asocian tanto a los rasgos clínicos y trastornos de la personalidad como al ejercicio de la violencia. Además, parece que las experiencias de crianza parentales inciden tanto en el desarrollo de esquemas cognitivos disfuncionales como en el desarrollo de los trastornos de la personalidad. Por último, en relación al papel mediador de las variables cognitivas, los resultados indican que ciertos esquemas disfuncionales tempranos median en la relación entre los estilos de crianza parentales disfuncionales y casi la totalidad de los trastornos de personalidad estudiados en los agresores de pareja.

1. LA VIOLENCIA CONTRA LA PAREJA

La violencia contra la pareja es un grave problema de nuestra sociedad actual que afecta por igual a todas las edades, razas, religiones y niveles sociales, y que ha supuesto que se realicen modificaciones en el ámbito jurídico, penal, social y educativo, que diferentes profesionales se centren en su estudio, prevención y tratamiento, y que sea difundido por los medios de comunicación. Lo que no hace tanto tiempo se entendía como un problema dentro del ámbito privado, en el contexto de una relación íntima, se ha convertido en un problema de ámbito público (Echeburúa y Corral, 1998).

La violencia de estas características es considerada una violación de los derechos humanos fundamentales y un atentado contra el derecho a la vida, la seguridad, la libertad, la dignidad y la integridad física y psicológica de la víctima (Díaz-Aguado, Martínez Arias e Instituto de la Mujer, 2002), que produce graves consecuencias en la salud física y mental de las mujeres que la sufren (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002). Es por este motivo, además, de por su consideración como un problema de salud pública y por tratarse de una de las grandes contradicciones del ser humano, debido a que ocurre en un contexto en el que se daña al que supuestamente se quiere, que es un tema de gran interés y repercusión en los ámbitos sociológico, psicológico, criminológico y jurídico.

1.1. DEFINICIÓN Y CONCEPTOS

Durante las últimas décadas han surgido diversos conflictos a la hora de definir y explicar la violencia que se ejerce contra la mujer en una relación íntima. Diferentes términos han sido utilizados para denominar a la misma, como por ejemplo violencia de género, violencia doméstica, violencia familiar, violencia contra la mujer, violencia sexista, etc. En la actualidad sigue sin existir un término universalmente aceptado para definir la violencia que se ejerce contra las mujeres en una relación íntima.

En 1993 la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer definió la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada” (Naciones Unidas, 1993, Artículo 1, en su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer).

Dentro de esta definición se incluye todo acto violento ejercido contra la mujer por el mero hecho de serlo e incluiría, entre otros, la mutilación genital femenina, la violencia sexual, los matrimonios forzados o infantiles, la violencia relacionada con la dote, la explotación sexual, la violencia conyugal, etc.

La violencia doméstica ha sido definida por la Unión Europea en su estudio sobre las medidas adoptadas, por los Estados Miembros de la Unión Europea, para luchar contra la violencia hacia las mujeres, como “aquel tipo de violencia, ya sea, física, sexual y/o psicológica –en este último caso si se produce de forma reiterada– ejercida sobre la/el cónyuge o la persona que está o haya estado ligada al agresor por una relación de afectividad, o sobre aquellos miembros de la familia que forman parte del mismo núcleo de convivencia. En muchos casos, sobre todo en el de la violencia doméstica ejercida sobre las mujeres, ésta tiene lugar porque el agresor está en una posición de dominio permanente sobre la mujer.” (Díaz-Aguado et al., 2002, p. 12).

La violencia contra la pareja se refiere a aquella violencia que es ejercida hacia la persona con la que se mantiene o se ha mantenido una relación sentimental, haya existido o no una convivencia. En esta definición se incluiría la violencia tanto del hombre hacia la mujer como de la mujer hacia el hombre, así como la violencia hacia el igual en las relaciones homosexuales.

El presente estudio se centra en aquella violencia contra la pareja en las relaciones heterosexuales en los que el agresor es un hombre, ya que ésta es una de las formas más comunes de violencia contra la mujer en nuestra sociedad.

1.2. TIPOS DE VIOLENCIA CONTRA LA MUJER POR PARTE DE LA PAREJA

Dentro de la violencia contra la pareja se consideran tres formas principales: la violencia física, la violencia psicológica y la violencia sexual. Sin embargo, y aunque esta diferenciación cumple una función descriptiva, cabe destacar que estos tres tipos de violencia se dan de forma aislada en raras ocasiones y se solapan de manera constante (Buesa, 2009; M. A. Dutton, 1992; Flinck, Paavilainen y Åstedt-Kurki, 2005; Lewis et al., 2006; Nishith, Mechanic y Resick, 2000; Rincón, 2003). Así, las agresiones físicas suelen verse precedidas por el abuso psicológico (Hilberman y Munson, 1977; Kasian y Painter, 1992; Marshall, 1996; O'Leary, 1999; Stets, 1990; Straus, 1974; Straus y Smith, 1990) o acompañadas del mismo (Martin, 1976; Okun, 1986; Tjaden y Thoennes, 2000; Tolman, 1989; Walker, 1979). Además, el maltrato sexual se encuentra asociado a las relaciones en las que existe principalmente violencia física (Basile, 2008; Finkelhor y Yllo, 1985), aunque puede ejercerse en relaciones en las que existe violencia psicológica (Gelles y Straus, 1988). Por tanto, aunque no todos los agresores de pareja ejercen todos los tipos de abuso en la relación que se expondrán posteriormente, es frecuente que los diferentes tipos de maltrato aparezcan de manera conjunta (Ellsberg, Peña, Herrera, Liljestrand y Winkvist, 2000; Fontanil et al., 2002; Koss, Bailey, Yuan, Herrera y Lichter, 2003; Matud, Gutiérrez y Padilla, 2004; Sugarman, Aldarondo y Boney-McCoy, 1996).

1.2.1. La violencia o maltrato físico

Este tipo de violencia se refiere a cualquier acto intencional que implique el uso de la fuerza física para agredir a otra persona con riesgo de lesión física, daño, dolor o enfermedad,

independientemente de la gravedad o el grado de las consecuencias y los resultados que se obtengan con dicha conducta (M. A. Dutton, 1992; McAllister, 2000; Villavicencio y Sebastián, 1999).

La violencia física puede ejercerse tanto de una forma activa como pasiva. De forma activa se refiere al ejercicio activo del abuso físico, por medio de conductas como pueden ser el empujar, zarandear, abofetear, pellizcar, golpear, dar puñetazos, patadas, estrangular, utilizar objetos u armas, entre otros. De forma pasiva, se refiere a los actos por omisión (Krug et al., 2002), es decir, a la negligencia o privación, entre los que se podrían incluir la privación de atención médica durante una enfermedad o lesión, o la no protección ante situaciones de riesgo físico (Rincón, 2003).

Este tipo de violencia es el más evidente y fácil de identificar de los tres, tanto por parte de las víctimas como de los profesionales que las atienden (médicos, psicólogos, trabajadores sociales, forenses) debido a lo evidente de la conducta en sí, así como por las visibles lesiones que producen (moratones, fracturas, quemaduras, arañazos, heridas, etc.). Asimismo, es el tipo de violencia al que más importancia se le suele dar, tanto a nivel personal como social y legal (Sarasúa y Zubizarreta, 2000).

Habitualmente, este tipo de violencia suele ir precedida por la violencia o maltrato psicológico (Hilberman y Munson, 1977; Kasian y Painter, 1992; Marshall, 1996; O'Leary, 1999; Straus, 1974; Straus y Smith, 1990).

1.2.2. La violencia o maltrato psicológico

La violencia psicológica se refiere cualquier conducta coercitiva física o verbal, activa o pasiva, cuyo objetivo es producir una intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento, que atenta contra la integridad emocional de la persona a la que va dirigida (López, 2002; McAllister, 2000; Villavicencio y Sebastián, 1999) y que se producen tanto en público como en privado y en un proceso continuo y sistemático (Loring, 1994; Rodríguez-

Carballeira et al., 2005). Corsi (Corsi, Dohmen, Sotés y Bonino, 1995) describe el maltrato psicológico en función de las actitudes del agresor hacia la víctima, diferenciando entre las actitudes y conductas de hostilidad, la desvalorización y la indiferencia. Por su parte, Murphy, Meyer y O'Leary (1994) describen el abuso psicológico a partir de los comportamientos coercitivos ejercidos, más que por las consecuencias que producen. Así, Maiuro (2001), considera que el abuso psicológico se puede categorizar en cuatro tipos. En primer lugar, los comentarios críticos que dañan la autoestima de la víctima. En segundo lugar, la retención del afecto o apoyo pasivo-agresiva ("el tratamiento del silencio"). En tercer lugar, los comportamientos amenazantes. Y, por último la restricción de la libertad.

Ejemplos de este tipo de violencia incluirían conductas tales como insultos, desvalorizaciones, humillaciones, ridiculizaciones, vejaciones, desaprobación continua, amenazas de maltrato hacia ella o hacia sus seres queridos o animales, destrucción o daño a objetos de valor económico o sentimental, amenazas repetidas de abandono o divorcio, negación de la violencia y atribución de la responsabilidad del maltrato a la propia víctima, entre otras (Buesa, 2009).

Dentro de la violencia o maltrato psicológico se incluyen otras subcategorías de abuso que, aunque algunos autores los consideran categorías diferenciadas, las consideraremos dentro del maltrato psicológico ya que tienen como objetivo el control de la víctima a través de la creación de un fuerte sentimiento de desvalorización e indefensión (Sarasua y Zubizarreta, 2000). Estas otras formas de abuso incluirían el maltrato social y el económico o financiero. El maltrato social hace referencia al aislamiento de la víctima a través del control de sus relaciones familiares y de amistad (R. E. Dobash y Dobash, 1997; Walker, 1984) y el maltrato económico o financiero se refiere al control de los recursos económicos de la víctima, a la desigualdad o control en el acceso a los recursos compartidos (dinero y bienes muebles e inmuebles) y a todo tipo de conductas que impliquen un control de la capacidad de

la mujer para adquirir, utilizar y mantener recursos económicos, lo que produce una amenaza a la seguridad económica de la víctima y a su potencial para la autosuficiencia (Adams, Sullivan, Bybee y Greeson, 2008; Buesa, 2009).

Además de estas dos subcategorías, dentro del maltrato psicológico se incluye el maltrato espiritual, que se refiere a la destrucción de las creencias culturales o religiosas de la víctima o a la imposición de un sistema de creencias determinado (Instituto de la Mujer, 1999).

Por último, algunos autores consideran el acoso como una forma de maltrato psicológico (Crowell y Burgess, 1996; Jasinski, 2001; Renzetti, Edleson y Bergen, 2001). El acoso, que aparece generalmente tras la ruptura de una relación de pareja, aunque puede aparecer sin que haya existido una relación previa, se refiere a las conductas de hostigamiento persistentes e ininterrumpidas con el objetivo de imponer a la otra persona una comunicación o contacto indeseado (García-Averasturi, 2004), de reiniciar o reestablecer la relación de pareja, o de crear sufrimiento en la persona que lo padece.

La violencia o maltrato psicológico es más difícil de identificar y evaluar que la violencia física (McAllister, 2000; Walker, 1979), tanto para las propias víctimas (B. K. Burks, 2006), como para los profesionales, debido a la naturaleza de este tipo de abuso y a la dificultad para precisar sus límites, lo que plantea una gran dificultad a la hora de llegar a una definición consensuada del mismo (O'Leary, 1999). Sin embargo, se considera que produce efectos que pueden ser tan perniciosos como los de las agresiones físicas (Echeburúa y Corral, 1998; Sarasua y Zubizarreta, 2000; Walker, 1984) o sexuales (DeKeseredy y Schwartz, 2001; Okun, 1986; Saltzman, Fanslow, McMahon y Shelley, 1999).

1.2.3. La violencia o maltrato sexual

La violencia o maltrato sexual se refiere a la imposición de cualquier tipo de intimidad sexual producida contra la voluntad de la víctima y de forma no consentida (Basile,

2008), que es percibido como degradante por la víctima (Alonso-Grijalba, 2007; Corsi et al., 1995). Este tipo de abuso puede darse por medio de la fuerza, la violencia, las amenazas, la intimidación, la coacción o realizarse ante un estado de indefensión o inconsciencia de la víctima (Rincón, 2003), e incluye todo tipo de conductas de carácter sexual sin limitarse a los actos de penetración anal o vaginal (M. A. Dutton, 1993; López, 2002; McAllister, 2000; Villavicencio y Sebastián, 1999).

Este tipo de abuso se considera de manera diferenciada al abuso físico debido a que tiene características particulares en cuanto a sus connotaciones íntimas y en cuanto a que muchas personas consideran que dentro de las relaciones de pareja es un deber o una obligación el mantener relaciones sexuales (Buesa, 2009), por lo que habitualmente las víctimas no son conscientes de que han sufrido un abuso sexual. Esta conciencia puede faltar incluso cuando han sido coaccionadas de forma violenta por su pareja (Rincón, 2003), dado que no se cumple el estereotipo de un agresión sexual por parte de un extraño (Buesa, 2009), y se da en el marco de una relación de intimidad.

1.3. LA DINÁMICA DE LA RELACIÓN DE PAREJA: EL CICLO Y LA ESCALADA DE LA VIOLENCIA

A través de la observación del comportamiento de la pareja en los casos de violencia contra la pareja, Walker (Walker, 1979; Walker, 1989), desarrolló la “teoría del ciclo de la violencia” que describe un proceso en el que de forma cíclica y reiterada aparecen tres fases diferenciadas dentro de la dinámica de la violencia: la fase de acumulación de tensión, la fase de agresión o explosión y la fase de arrepentimiento, de reconciliación o luna de miel.

El ciclo de violencia propuesto por Walker evidencia que existe un patrón previsible en los incidentes violentos en muchas parejas (Walker, 1989), aunque algunos autores destacan que no en todos los casos de violencia contra la pareja se sigue este proceso (p. ej., D. G. Dutton, 2007).

La primera fase, es la denominada fase de acumulación de la tensión y se caracteriza por un aumento gradual de la tensión en la relación de pareja que aparece ante pequeños incidentes o conflictos cotidianos. En esta fase, aparecen en el agresor cambios repentinos en el estado de ánimo muchas veces producto de procesos cognitivos sesgados que conllevan a un aumento de la hostilidad y reacciones negativas y críticas (Walker, 1979). Esta fase puede durar días, meses o años, y la situación tiende a empeorar de forma gradual produciéndose una escalada en la frecuencia de los pequeños incidentes o conflictos cotidianos. En el inicio de esta fase, la mujer tiene la percepción de cierto control sobre la situación y despliega un repertorio de conductas con el objetivo de disminuir la tensión y evitar el episodio de descarga de tensión o explosión.

La segunda fase se denomina fase de explosión, descarga de la tensión o episodio agudo, y se caracteriza por la descarga o liberación incontrolada de la tensión acumulada a través de agresiones psicológicas, físicas o sexuales. Esta fase tiende a durar entre dos y veinticuatro horas, siendo la más breve de las tres fases, aunque existen casos en los que puede durar más tiempo. En esta fase es donde se producen los mayores daños físicos en la víctima y suele ser después de esta fase cuando las víctimas pueden llegar a solicitar ayuda y romper con el ciclo de la violencia. Tras esta fase de explosión, en la que la víctima no tiene ningún control y que se ha relacionado con la indefensión aprendida propuesta por (Seligman, 1975), la mujer puede encontrarse en un estado de *shock*, incredulidad o negación del episodio vivido.

La tercera fase es la denominada fase de reconciliación, arrepentimiento o luna de miel. En esta fase, el agresor puede reconocer que su ira ha sido exagerada, y aunque puede intentar justificar sus actos, culpar a la mujer o incluso negar la agresión, realiza un intento por arreglar la situación. En esta fase no existe tensión ni agresión, sino que el hombre muestra su arrepentimiento por los hechos acontecidos, pide perdón y realiza promesas de

cambio y de que no volverá a suceder. Además, puede solicitar la colaboración de su pareja en posibles situaciones futuras, enmascarando una culpabilidad hacia la misma. En esta fase, la víctima siente ambivalencia, dado que por una parte no desea continuar en una relación abusiva, pero por otra, el hombre está llevando a cabo conductas de expresión de afecto y arrepentimiento, e incluso conductas que nunca antes había llevado a cabo (llorar, entregarle flores, ayudar en las tareas cotidianas), que hacen que la víctima tenga la esperanza de que existe un cambio en la actitud de su pareja y que éste la necesita.

No parece existir un indicador de cuando terminará esta fase. Sin embargo, parece que una vez que el agresor considera que no existe riesgo de que la mujer le abandone o le denuncie y comience a sentirse seguro, volverán las fricciones cotidianas y el aumento de tensión, iniciándose de nuevo el ciclo de la violencia.

Este ciclo en el que se produce una alternancia de agresiones (fase una y dos) con momentos felices (fase tres) produce en la víctima una dependencia afectiva y contribuye al mantenimiento de la víctima en la relación abusiva, debido a que una violencia repetida e intermitente (castigo) se asocia a un refuerzo inmediato (expresión en el hombre de arrepentimiento y afecto) y a un potencial refuerzo demorado (posibilidad de un cambio en el comportamiento y actitud del agresor) (Zubizarreta et al., 1994).

El ciclo de la violencia se caracteriza asimismo por una perpetuación del mismo. De tal forma que una vez que ha tenido lugar el primer episodio de violencia, la probabilidad de que se vuelva a producir es muy alta (Echeburúa y Corral, 1998; Zubizarreta et al., 1994). Además, los ciclos son cada vez más cortos y las agresiones más severas (Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004). Así, a medida que aumenta la frecuencia y severidad de los episodios agresivos, la fase de acumulación de tensión tiende a abreviarse, la fase de explosión se produce de manera más intensa y dura más tiempo, y la fase de reconciliación es menos frecuente y puede llegar a desaparecer. A medida que esto sucede, se produce

habitualmente una escalada de la violencia, de tal forma que existe un agravamiento de la severidad de los episodios de agresión, disminuyen los recursos psicológicos de la víctima para romper con la relación abusiva, así como se incrementa el riesgo de que las consecuencias psicológicas derivadas de la violencia se cronifiquen.

Algunos autores destacan que no todas las relaciones abusivas siguen este patrón cíclico. Así, D. G. Dutton (2007) considera que este ciclo se da principalmente en las relaciones en las que el agresor tiene unos rasgos de personalidad característicos, como sería la Organización de la Personalidad Límite (en inglés, *Borderline Personality Organization*, BPO).

1.4. PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA CONTRA LA MUJER EN LA PAREJA

La incidencia y prevalencia de la violencia contra la pareja continúa hoy en día siendo un caballo de batalla para los organismos públicos y los profesionales. A pesar de que en la actualidad se han comenzado a conocer datos sobre la amplitud de este problema, la prevalencia real es aún desconocida, dado que se dispone de pocas estadísticas confiables y se considera que los indicadores obtenidos en los distintos niveles sociales están subestimados (American Psychological Association, 1999; American Psychological Association, 2002; Rincón, 2003; Walker, 1999). Los principales motivos que son considerados como obstaculizadores en la obtención de datos para la estimación de este problema son, por una parte, la falta de consenso en la identificación y definición del concepto (Echeburúa, Fernández-Montalvo, de Corral y López-Goñi, 2009) y la existencia de una tendencia a la ocultación o al mantenimiento de este tipo de problemáticas dentro del ámbito privado o familiar (Buesa, 2009; Rincón, 2003).

La mayoría de la información y datos que se obtienen en el área de la violencia contra las mujeres se obtienen a través de dos tipos de fuentes: las encuestas nacionales y los

registros oficiales, como son los refugios, agencias legales, hospitales y otros servicios públicos. Sin embargo, ambos tipos de fuentes presentan sus limitaciones.

En el año 2002, fue publicado el primer “Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud” de la Organización Mundial de la Salud (Krug et al., 2002), en respuesta a la solicitud de la 49ª Asamblea Mundial de la Salud realizada en 1996 y de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer realizada en Beijing en el año 1995. En dicho informe, sus autores señalan que existen dificultades y limitaciones de orden metodológico en los estudios epidemiológicos realizados en los diferentes países. Así, informan de la existencia de cinco factores, que serían los siguientes (Krug et al., 2002): En primer lugar, la inconsistencia en la definición los conceptos de violencia y abuso. En segundo lugar, las variaciones en los criterios de selección de las participantes en los diferentes estudios, principalmente en lo que a la edad y al estado civil se refiere. En tercer lugar, las diferencias en las fuentes de obtención de datos (grandes encuestas frente a estudios más pequeños). En cuarto lugar, las diferencias en los instrumentos de recogida de información y por lo tanto en los resultados. Y en último lugar, la disposición de las personas entrevistadas a responder de una forma abierta y honesta. Todos estos factores influyeron en que los resultados de las encuestas realizadas tuviesen grandes variaciones tanto de unos países a otros como dentro de un mismo país (Walker, 1999).

Asimismo, la también publicada en 2002 “Guía de Buenas Prácticas para Paliar los Efectos de la Violencia Contra las Mujeres y Conseguir su Erradicación”, de la Unión Europea (Diaz-Aguado et al., 2002), plantea la existencia de limitaciones similares en las fuentes de recogida de datos e información sobre la prevalencia de la violencia contra las mujeres. Sus autores exponen que las encuestas de población presentan errores de muestreo y escasa representatividad de la población de mujeres maltratadas, así como dificultad para conocer la realidad de las víctimas, debido a un recuerdo sesgado de situaciones vividas en el

pasado. En consecuencia, los datos que reflejan, a pesar de que tienen como ventaja que son representativos a nivel nacional (Walby, 2005), se consideran infraestimados (American Psychological Association, 1999; American Psychological Association, 2002; Walker, 1999). Por otra parte, Straus y Gelles (1986) explican que los registros oficiales presentan limitaciones debido a que recogen únicamente los casos denunciados, que se calculan alrededor del 10-30% de los casos, y a que recaban escasa información de las víctimas. Estos registros tienden generalmente a mostrar mayores niveles de frecuencia del maltrato que las muestras de los estudios nacionales (Buesa, 2009; Clements, Sabourin y Spiby, 2004; R. E. Dobash y Dobash, 1979; Herman, 1986; A. Jacobson y Richardson, 1987; Okun, 1986; Straus y Gelles, 1990; Walby, 2005). Sin embargo, algunos autores (Riggs, Caulfield y Street, 2000) también señalan que cuando este tipo de registros se centran en las víctimas de la violencia, suelen basarse en muestras clínicas o de centros de acogida, las cuales pueden ser diferentes a aquellas muestras de víctimas que no solicitan ayuda o que continúan conviviendo con su agresor. En relación a aquellas investigaciones que se centran en los hombres agresores, por lo general, estas muestras se obtienen de personas que se encuentran en programas de tratamiento (Riggs, Caulfield y Street, 2000; Rincón, 2003), ya sea de forma voluntaria, como indicación judicial o dentro de programas realizados en las instituciones penitenciarias, por lo que los resultados tampoco son representativos de la totalidad de los hombres que ejercen la violencia contra sus parejas.

La Guía de Buenas Prácticas (Díaz-Aguado et al., 2002) propone diversas recomendaciones con el objetivo de solucionar las limitaciones metodológicas en la obtención de información y obtención de datos, y poder facilitar la comparabilidad de los datos de los diferentes países. Entre algunas de sus recomendaciones se encuentran: (1) La eliminación de problemas del marco muestral, mediante el acceso a todos los sectores de la población de víctimas, incluyendo a aquellas que no disponen de domicilio fijo. (2) La

estandarización de preguntas y formas de preguntar, con el objeto de recoger todas las variaciones de las conductas violentas. (3) La mejora de los procedimientos de registro de los sucesos. (4) Y el desarrollo de estadísticas clasificadas de acuerdo al nivel socioeconómico que permita la detección y examen de las variables y factores de vulnerabilidad. Además, establece diferentes recomendaciones para los registros de delitos y sentencias en esta área, por una parte, el establecimiento de un protocolo común para todos los estados miembros de la Unión Europea, y por otra, la ampliación de la información procedente de los registros y estadísticas oficiales con la de otras fuentes de información, como serían los servicios sociales, judiciales, policiales, los centros de emergencia, las casas de acogida y refugios, y las organizaciones no gubernamentales, entre otros.

Asimismo, no podemos olvidar, que la gran mayoría de estudios de prevalencia han recogido únicamente datos relacionados con el maltrato físico, dada la mayor facilidad para la identificación y evaluación de este tipo de abuso, no existiendo casi apenas datos sobre la prevalencia de la violencia psicológica o sexual dentro de las relaciones (Alonso-Grijalba, 2007; Calvete, Corral y Estévez, 2008).

Por todo lo expuesto, la incidencia y prevalencia real de la violencia contra la pareja es aún desconocida. Sin embargo, una aproximación al conocimiento de esta problemática hace necesario un repaso de los datos existentes hasta la fecha actual, aunque carezcan del carácter riguroso y preciso que requerirían (Navarro, 2009), con el objetivo de presentar el panorama general que ofrecen las investigaciones más recientes.

1.4.1 La prevalencia a nivel mundial y europeo

La estimación de las prevalencias a nivel mundial presenta variaciones en los distintos países, que pueden ser explicadas, entre otros aspectos, por las diferencias metodológicas antes mencionadas, así como por las diferencias culturales de los diferentes países en cuanto

a la aceptación de la violencia y a sus diversas manifestaciones (García-Moreno, Jansen y Heise, 2006; Oosthuizen y Wissing, 2005).

Un informe sobre población mundial de las Naciones Unidas refleja que una de cada tres mujeres en el mundo ha sufrido malos tratos o abusos en algún momento de su vida (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999). Además se calcula que las mujeres tienen una probabilidad ocho veces mayor de sufrir una agresión por parte de una pareja íntima que los hombres (Greenfeld et al., 1998; Koss, 2000). En el Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud de la OMS (Krug et al., 2002), en el que se realiza una revisión de 48 encuestas de población realizadas entre los años 1982 y 1999 en diversos países, se señala que entre un 10% y un 69% de las mujeres que habían sido entrevistadas referían haber sido víctimas de violencia física en su relación de pareja en algún momento de sus vidas, y entre un 1.3% y un 52% referían haberlo sido en el último año. Asimismo, en este informe se recoge que la violencia es uno de los principales factores que contribuyen a una elevada mortalidad entre las mujeres, e indica que las parejas o exparejas sentimentales eran los responsables de entre el 40% al 70% de las muertes violentas de mujeres en el mundo, y que generalmente estas muertes se daban en el contexto de una relación de maltrato (Krug et al., 2002).

En líneas similares, en el estudio realizado entre los años 2000 y 2003 por parte de la OMS, en el que se entrevistó a 24.097 mujeres de 10 países diferentes, se encontró que entre el 15% y el 71% de las mujeres referían haber sufrido violencia física, sexual o ambas en algún momento de sus vidas por parte de una pareja, y que entre el 4% y el 54% había sufrido estos tipos de violencia en el último año (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts y García-Moreno, 2008; García-Moreno, Jansen y Heise, 2006).

En Estados Unidos, uno de los países con mayores estudios y estadísticas relativas a la violencia contra la mujer, se estima que 1 de cada 5 mujeres ha sido físicamente agredida por parte de su pareja (Tjaden y Thoennes, 2000). Ciertas estimaciones indican que entre dos

y cuatro millones de mujeres al año en este país son víctimas de violencia severa por parte de su pareja (Browne, 1993; Burke, Denison, Gielen, McDonnell y O'Campo, 2004; Resnick, Acierno, Holmes, Dammeyer y Kilpatrick, 2000; Taylor, Magnussen y Amundson, 2001), mientras que las más conservadoras indican que por lo menos son víctimas de esta violencia un millón de mujeres al año (American Psychological Association, 1999). Con respecto a los homicidios, en este país alrededor de un tercio de los femicidios son ejecutados por parte de la pareja (Bachman y Saltzman, 1995; Greenfeld et al., 1998; Klevens, Baker, Shelley y Ingram, 2008; P. Mahoney, Williams y West, 2001; Rennison, 2003). (*Para datos epidemiológicos referentes a la violencia contra la mujer en países como Estados Unidos o Canadá véase H. Johnson, 2006; Rinfret-Raynor, Riou, Cantin, Drouin y Dubé, 2004; Tjaden y Thoennes, 2000).

A nivel europeo se estima que una de cada cuatro mujeres ha sufrido violencia doméstica en algún momento de sus vidas y que entre un 6% y un 10% ha sufrido este tipo de violencia en el último año (Council of Europe, 2002). El Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud señala que la prevalencia de este tipo de violencia se sitúa entre un 14% a un 58% (Krug et al., 2002). Estos datos reflejan únicamente la violencia física y sexual. En relación a este último tipo de violencia, por ejemplo, en Gran Bretaña se estima que el 54% de los actos de violencia sexual son llevados a cabo por la pareja o expareja de la víctima (Allen y Walby, 2004). Asimismo, en este país, el 42% de los femicidios ocurridos entre los años 2000 y 2001 fueron perpetrados por parejas o exparejas de la víctima (Kershaw, Chivite-Matthews, Thomas y Aust, 2001).

La variaciones en las prevalencias encontradas en los distintos países puede ser explicada, entre otras cosas, por las diferencias metodológicas antes mencionadas, así como por las diferencias culturales de los diferentes países en cuanto a la aceptación de la violencia y de sus diversas formas (García-Moreno, Jansen y Heise, 2006; Oosthuizen y Wissing,

2005). Una forma cuantificable sobre la que existe un consenso más o menos estable y es recogido sistemáticamente por todos los cuerpos estadísticos de los países es la mortalidad por violencia conyugal (Diputación Foral de Bizkaia, 2006). El Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia ha publicado varios informes internacionales (Sanmartín, Molina y García, 2003; Sanmartín, 2007; Sanmartín, Iborra, García y Martínez, 2010), en un esfuerzo por recopilar estadísticas fiables de diversos países referentes, entre otras cosas, a los femicidios. En dichos informes se exponen los datos de los países que han colaborado en la entrega de información, la cual ha sido recogida a través de diferentes organismos, tanto públicos como privados. Así, en el último informe publicado recientemente (Sanmartín et al., 2010) los resultados obtenidos en el año 2006 indican una prevalencia media de femicidios generales (cometidos por cualquier agresor) del 19,14 por cada millón de mujeres (datos de 44 países.), de femicidios por parte de algún miembro de la familia (datos de 40 países) del 6,02 por millón de mujeres y una prevalencia media de femicidios de pareja en mujeres mayores de 14 años (datos de 35 países) del 5,04 por millón de mujeres.

La tabla 1 recoge los homicidios de mujeres cometidos en el año 2006 por sus parejas o exparejas en países Europeos. Estos datos están recogidos tanto en cifras absolutas (incidencia) como en cifras relativas (prevalencia por millón de mujeres mayores de 14 años).

Tabla 1. Femicidios cometidos por parejas o exparejas en diversos países europeos durante el año 2006 (Adaptado de Sanmartín et al., 2010)

PAÍS	INCIDENCIA	PREVALENCIA*
Andorra	0	0
Malta	0	0
Mónaco	0	0
Liechtenstein	0	0
Islandia	0	0
Bulgaria	1	0,29
Irlanda	1	0,59
Holanda	11	1,62
Eslovaquia	6	2,56
Escocia	6	2,69
España	54	2,81
Eslovenia	3	3,39
Italia	95	3,66
Noruega	7	3,67
Inglaterra y Gales	87	4,20
Luxemburgo	1	5,09
Francia	135	5,22
Hungría	27	5,95
Estonia	4	6,38
Croacia	14	7,14
República Checa	37	8,15
Finlandia	21	9,35
Austria	34	9,40
Chipre	4	12,37

* Número de Femicidios por millón de mujeres mayores de 14 años

Como puede verse en la tabla 1, el país europeo que presentaba las mayores tasas de prevalencia en el año 2006 fue Chipre, seguido de Austria y Finlandia. España por su parte se situaba en el puesto catorce de los 24 países incluidos.

No obstante, estos datos no incluyen los suicidios que han ocurrido como resultado de las consecuencias psicológicas derivadas del maltrato. Así, la violencia de este tipo resulta en ocasiones en intentos de suicidio y autolesiones. Stark y Flitcraft (1996) y Mullender (1996) afirmaron que un tercio de las mujeres que acuden a los servicios de emergencia con motivo de autolesiones o intentos de suicidio eran o habían sido víctimas de la violencia, y éstas

tienen 5 veces más probabilidades de intentar suicidarse. Además un tercio de los intentos de suicidio femeninos pueden ser atribuidos a la violencia actual o pasada sufrida.

1.4.2. La prevalencia en España

Tras los datos presentados con anterioridad, se desprende que la violencia contra la pareja ocurre en todos los países independientemente del nivel económico, social y cultural. España no es diferente en este sentido y presenta una prevalencia que oscila entre un 15 y un 30% (Echeburúa, de Corral y Amor, 1998; Fontanil et al., 2005; Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2006).

El Instituto de la Mujer (1999, 2002, 2006) ha realizado tres macroencuestas sobre la violencia contra las mujeres. La primera de ellas se realizó al comienzo del “Primer plan de acción contra la violencia doméstica” en nuestro país (1999), la segunda, tras la finalización del plan (2002), y la última se ha realizado en el año 2006. Estas macroencuestas se han realizado con el objetivo de conocer las cifras de este tipo de violencia y poder establecer su evolución tras la aprobación de la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (28 de diciembre de 2004). Estas encuestas han sido realizadas de forma telefónica y han evaluado la presencia de malos tratos a través de 26 indicadores referentes a diferentes situaciones de violencia física, sexual o psicológica. Durante las entrevistas telefónicas se solicitó a las mujeres que respondiesen si en la actualidad alguna persona de su hogar, su novio o pareja, aunque no existiese convivencia, tenía determinados comportamientos considerados como indicativos de violencia y en el caso que así fuese, con que frecuencia sucedía. Los indicadores utilizados en estas macroencuestas pueden verse en la tabla siguiente.

Tabla 2. Indicadores de la Macroencuesta de violencia contra las mujeres (Instituto de la Mujer, 1999, 2002, 2006).

ÍTEMS
1. Le impide ver a la familia o tener relaciones con amigos, vecinos
2. Le quita el dinero que Vd. gana o no le da lo suficiente que necesita para mantenerse
3. Hace oídos sordos a lo que Vd. le dice (no tiene en cuenta su opinión, no escucha sus peticiones)
4. Le insulta o amenaza
5. No le deja trabajar o estudiar
6. Decide las cosas que Vd. puede o no hacer
7. Insiste en tener relaciones sexuales aunque sepa que Vd. no tiene ganas
8. No tiene en cuenta las necesidades de Vd. (le deja el peor sitio de la casa, lo peor de la comida...)
9. En ciertas ocasiones le produce miedo
10. No respeta sus objetos personales (regalos de otras personas, recuerdos familiares)
11. Le dice que coquetea continuamente / o por el contrario que no se cuida nunca, que tiene mal aspecto
12. Cuando se enfada llega a empujar o golpear
13. Se enfada sin que se sepa la razón
14. Le dice que a dónde va a ir sin él/ella (que no es capaz de hacer nada por si sola)
15. Le dice que todas las cosas que hace están mal, que es torpe
16. Cuando se enfada la toma con los animales o las cosas que Vd. aprecia
17. Le hace sentirse culpable porque no le atiende/entiende como es debido.
18. Se enfada si sus cosas no están hechas (comida, ropa, etc.)
19. Le controla los horarios
20. Le dice que no debería estar en esa casa y que busque la suya
21. Le reprocha que viva de su dinero
22. Ironiza o no valora sus creencias (ir a la iglesia, votar a algún partido, pertenecer a alguna organización...)
23. No valora el trabajo que realiza
24. Le hace responsable de las tareas del hogar
25. Delante de sus hijos dice cosas para no dejarle a Vd. en buen lugar (Sólo para las que tienen hijos)
26. Desprecia y da voces a sus hijos (Sólo para las que tienen hijos)

Los resultados de estas macroencuestas indican que la prevalencia de este tipo de violencia se situaba en 12,4% en el año 1999, 11,1% en el 2002 y 9,6% en el año 2006. De la última macroencuesta se desprende que de las mujeres mayores de edad que residen en este país, el 3,6% declara haber sido víctima de maltrato durante los últimos doce meses por parte de alguna persona que convive en su domicilio o por parte de su novio y el 9,6% es considerada técnicamente como víctima de maltrato. En relación al primer grupo

(autoidentificada como víctima de violencia) en el 57,3% de los casos el agresor fue la persona con la que se mantenía o había mantenido una relación sentimental y en el segundo grupo (técnicamente consideradas víctimas) el agresor era la persona con la que se mantenía o había mantenido una relación sentimental en el 74,6% de los casos.

Asimismo, existen otros estudios realizados en el ámbito sanitario en los que las prevalencias oscilan entre el 20 y el 48% (Aguar-Fernández, Delgado-Sánchez, Castellano-Arroyo y Luna del Castillo, 2006; Gómez et al., 2004; Ruiz-Pérez, Mata-Pariente y Plazaola-Castaño, 2006; Ruiz-Pérez et al., 2010).

La incidencia y prevalencia de la violencia contra la pareja varía entre las diferentes regiones o comunidades autónomas españolas. La III macroencuesta del Instituto de la Mujer (2006) indica en este sentido que las Comunidades Autónomas donde proporcionalmente existe un mayor número de mujeres que son víctimas de maltrato son Andalucía, Castilla-La Mancha, Asturias, Castilla y León, Murcia y Baleares, mientras que las comunidades donde existe menor número de víctimas son Cataluña, Galicia, La Comunidad Valenciana, Aragón, País Vasco y Canarias. En relación al maltrato declarado o mujeres que se autoidentifican con ser víctimas de violencia, las comunidades autónomas con mayor número son Andalucía, Cataluña y Madrid, mientras que las comunidades con menos número de mujeres que se declaran maltratadas son Castilla y León, Murcia, Galicia, País Vasco, la Comunidad Valenciana y Extremadura (Instituto de la Mujer, 2006). En líneas similares, recientemente se ha publicado un estudio sobre la variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en nuestro país (Ruiz-Pérez et al., 2010). En este estudio se realizó una encuesta transversal mediante la aplicación de un cuestionario autoadministrado a 11.475 mujeres que acudieron a las consultas de atención primaria durante los años 2006 y 2007. Sus resultados indican que el 24,8% refirieron haber sido víctimas de la violencia por parte de su pareja en algún momento de su vida, el 15,1% había vivido este tipo de violencia en el último año, y el 14,9%

lo había vivido previamente al último año. Las comunidades autónomas con mayor prevalencia de este tipo de violencia fueron Ceuta y Melilla (40,2%) y las Islas Baleares (32,5%), mientras que La Rioja fue la comunidad con menor prevalencia de este tipo de violencia. Cabe también resaltar que la edad media de comienzo de la violencia por parte de un compañero sentimental se situaba en los 25 años y la duración media de la relación en 7 años. El tipo de violencia más frecuente en todas las comunidades autónomas fue el psicológico, a excepción de la comunidad de Madrid, donde los resultados fueron similares para la violencia física y psicológica. Por último, tal y como se señala en el estudio es importante considerar que los resultados indican que en aquellas comunidades donde existe una mayor prevalencia de violencia contra la pareja se producen mayor número de denuncias que en aquellas con menor prevalencia (Ruiz-Pérez et al., 2010).

1.4.2.1. Denuncias y procedimientos judiciales en España.

La cifra de denuncias por situaciones de violencia dentro del ámbito de la pareja es otra forma de estimación de la incidencia del maltrato hacia la pareja (Alberdi y Matas, 2002), aunque se estima que las denuncias de estas características sólo representan el 10% de las agresiones vividas (Echeburúa y Corral, 1998; Walker, 1979). En los últimos años se han producido avances legislativos en materia de lucha contra la violencia hacia la mujer, tales como las leyes 14/1999 y 38/2002, que modificaban el código penal y la ley de enjuiciamiento criminal en materia de protección a las víctimas de malos tratos; la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas Concretas en Materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros; la Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, o la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de Protección de las Víctimas de la Violencia de Género. Todas ellas han incidido en distintos ámbitos civiles, penales, sociales o educativos. Con la aprobación de la Ley orgánica 1/2004,

de medidas de protección integral contra la violencia de género, España ha pasado a ser el primer país Europeo que cuenta con una ley que de modo integral y multidisciplinar abarca aspectos educativos, preventivos, civiles, penales y sociales contra la violencia de género (Gonzalo-Valgañón, 2009; Sanmartín et al., 2010). Esta ley se encuentra en vigor desde el 28 de enero de 2005, aunque no se puso en marcha en los juzgados de violencia contra la mujer hasta mediados de ese mismo año.

Todos estos avances legislativos junto a la sensibilización mediante campañas diversas han contribuido al aumento de denuncias por violencia contra la pareja en los últimos 25 años. El Instituto de la Mujer ha elaborado estadísticas de denuncias por actos de estas características desde el año 1983. Los datos de estas estadísticas han sido reunidos en varios periodos debido a la diferencia de criterios. Los periodos son 1983-1996, 1997-2001 y 2002-actualidad. Hasta principios del año 2002, se consideraban únicamente las denuncias de delitos y faltas de “maltrato en el ámbito familiar” y “lesiones”. A partir de esa fecha se comenzaron a considerar las denuncias por otro tipo de infracciones penales cometidas dentro del ámbito de las relaciones íntimas. Asimismo, en el periodo comprendido entre los años 1983 y 1996, sólo se consideraban aquellas denuncias presentadas contra el cónyuge. A partir de esa fecha y hasta el año 2001, se consideraban también las presentadas contra la pareja de hecho, y desde principios de 2002 se amplió el número de relaciones consideradas entre víctima y agresor, considerándose los casos en los que la agresión se producía cuando ya se había roto la convivencia. De esta forma, existió un incremento considerable en el número de denuncias interpuestas por las víctimas que eran consideradas en las estadísticas en los tres periodos. En la siguiente tabla pueden observarse las denuncias interpuestas en último periodo, comprendido entre el año 2002 y 2007.

Tabla 3. Denuncias interpuestas por violencia contra la pareja, en función del autor de la agresión (2002-2007) (Ministerio del Interior).

AÑO	AUTOR DE LA AGRESIÓN						Total
	Cónyuge	Excónyuge*	Pareja	Expareja	Novio	Exnovio	
2002	22.430	4.674	8.166	5.640	822	1.581	43.313
2003	22.640	5.605	11.124	7.630	1.132	1.959	50.090
2004	23.263	6.289	14.633	9.648	1.494	2.200	57.527
2005	22.252	6.466	16.255	10.827	1.733	2.225	59.758
2006	22.174	6.372	17.360	11.985	1.958	2.321	62.170
2007	21.400	6.121	18.675	12.697	2.076	2.378	63.347

Fuente: (Echauri, 2010; González-Lozano, 2008; Hoyos, 2009)

(*) Se incluye Separado/a-Divorciado/a

Nota: En el País Vasco y Cataluña sólo se incluyen datos en relación con las denuncias presentadas ante los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado.

A pesar de este incremento en el número de denuncias interpuestas en nuestro país, son aún muchas las situaciones de violencia que no son denunciadas.

1.4.2.2. Femicidios en España.

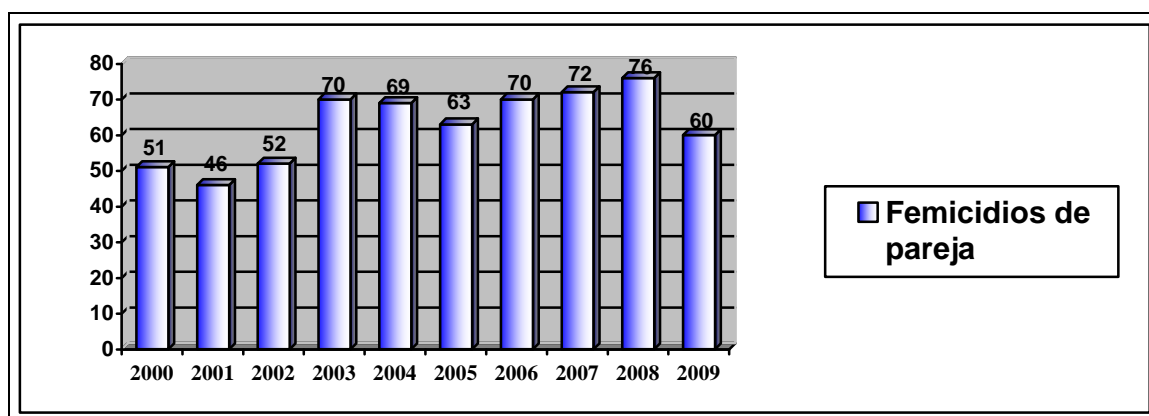
Otra de las alternativas para realizar una estimación de la violencia contra la mujer es la consideración del número de femicidios. El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el 68% de las muertes de mujeres en el mundo se debe a la violencia de género (Krug et al., 2002). En el año 2006, se estimó que la media de femicidios de pareja en el mundo fue de 5,04 por millón de mujeres mayores de 14 años (Sanmartín et al., 2010). En nuestro país, los datos de los femicidios de las parejas han sido fuente de cierta controversia (Rincón, 2003). Así, los datos oficiales de mujeres muertas por violencia de género no suelen coincidir con los datos de las asociaciones no gubernamentales, lo que puede deberse a los diferentes criterios en la recogida de información. Hasta el año 2002, el

Ministerio del Interior sólo contabilizaba las muertes de mujeres a manos de sus parejas que tuviesen un vínculo formal, así como aquellas muertes que acontecían inmediatamente tras la agresión o en las primeras horas posteriores. Además, previo a esa fecha, algunos casos eran considerados como consecuencia de problemas económicos o similares en vez de consecuencia del maltrato (Alberdi y Matas, 2002). Ante esta situación, ciertas organizaciones, y en particular la Federación de Mujeres Separadas y Divorciadas comenzó en el año 1998 a contabilizar el número de homicidios por violencia de género en su página de Internet (Disponible en: <http://www.separadasydivorciadas.org>).

El Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia ha presentado recientemente un informe sobre los femicidios a manos de parejas, exparejas, novios y exnovios en el periodo comprendido entre el mes de enero de 2000 y diciembre de 2009. Según sus datos, en España han sido asesinadas 629 mujeres a manos de sus parejas, lo que supone una media de casi 63 muertes al año. En relación a los diferentes años, el número de muertes incrementó de forma alarmante en los años 2003 y 2004 con un total de 70 y 69 víctimas respectivamente. En el año 2005, este número descendió ligeramente aumentando nuevamente a partir del año 2006 y hasta llegar a situarse en el máximo con 76 muertes en el año 2008. Nuevamente en 2009 esta tendencia al alza disminuyó considerablemente hasta la cifra de 60 muertes de mujeres en nuestro país. A pesar de este detrimento, las cifras continúan siendo preocupantes si tenemos en cuenta que en el recién publicado III Informe Internacional de Violencia contra la Mujer en las relaciones de pareja (Sanmartín et al., 2010), España es uno de los países donde, entre los años 2000 y 2006, se produjo un mayor incremento (15,16%) de asesinatos de mujeres a manos de sus parejas o ex parejas en el mundo (17 países incluidos), siendo únicamente superado por Colombia y Chipre. Sin embargo, nuestro país, con una prevalencia de 2,81 mujeres asesinadas por su pareja por cada millón de mujeres mayores de 14 años en el año 2006, se situaba por debajo de la media europea (3,94). En el periodo comprendido entre

2000 y 2009 los femicidios de pareja en nuestro país han aumentado un 17,65%. En la figura 1 puede observarse la incidencia de femicidios de pareja en los años comprendidos entre 2000 y 2009.

Figura 1. Incidencia de femicidios de pareja, expareja, novia o exnovia desde 2000 hasta 2009. Datos del Centro Reina Sofía para el estudio de la Violencia (2010).



De estas muertes, la mayoría se ha producido en Andalucía, Cataluña y la Comunidad Valenciana, con 122, 94 y 91 respectivamente. País Vasco, por su parte, ha tenido en este periodo un total de 20 femicidios. En cuanto a la prevalencia, las comunidades autónomas con mayor prevalencia son Melilla y Ceuta, 7,51 y 6,63 respectivamente, seguidas por las Islas Canarias con una prevalencia de 5,98 por millón de mujeres mayores de 14 años. País Vasco se sitúa en el puesto antepenúltimo con una prevalencia de 2,09 en este periodo.

No existe un acuerdo a la hora de explicar el motivo del incremento de muertes por parte de la pareja, aunque existen varias hipótesis explicativas. Por una parte, se considera que la mayor sensibilización social sobre el problema de la violencia contra la pareja así como la creación de medidas para la protección de las víctimas de este tipo de violencia, ha facilitado que cada vez más víctimas se encuentren dispuestas a denunciar a sus agresores. Además, los avances en la igualdad de género y en el empoderamiento de la mujer están conllevando un cambio en las estructuras de las relaciones de pareja. Estos dos motivos, el

aumento de las denuncias y el cambio de actitud de las mujeres en las relaciones, así como la decisión de la mujer de romper con su relación sentimental, se consideran factores de riesgo para el incremento de la violencia (Bosch y Ferrer, 2002). Parece por lo tanto que el riesgo de sufrir amenazas, acoso, agresiones e incluso ser víctima de un homicidio aumenta ante la interposición de una denuncia y la decisión de separación (American Psychological Association, 2002; Echeburúa y Corral, 1998; Walker, 1999).

1.4.2.3. La Ley Orgánica 1/2004 y su seguimiento.

Con la aprobación y la aplicación de la Ley orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género se han solicitado numerosas órdenes de protección en los diferentes juzgados especializados en violencia contra la mujer, fuerzas y cuerpos de seguridad del estado, en las oficinas de atención a las víctimas y en los servicios sociales y asistenciales de nuestro país. El Consejo General del Poder Judicial realiza informes anuales sobre los datos de denuncias, procedimientos penales y civiles, así como las órdenes de protección solicitadas y quebrantadas, así como también todas las sentencias dictadas en materia de violencia contra la mujer. La tabla 4 recoge los datos de las denuncias recibidas por los juzgados así como por parte de quién se recibió la misma, en el periodo comprendido entre enero de 2008 hasta el tercer trimestre de 2010 (inclusive).

Tabla 4. Denuncias recibidas por el Juzgado de Violencia contra la Mujer (2008- 3er trimestre 2010)

AÑO	QUIÉN PRESENTA LA DENUNCIA					Total
	Víctimas (1)	Familia	Atestados policiales (2)	Parte de lesiones	Servicios de asistencia/ Terceros	
2008	13.672	869	109.906	16.528	1.150	142.125
2009	10.872	451	106.516	16.138	1.583	135.540
2010*	8.724	288	81.514	11.141	892	102.559*

Fuente: elaboración propia a partir de los datos facilitados por el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género de los años 2008, 2009 y 2010 (Observatorio contra la violencia doméstica y de género, 2009, 2010a, 2010b, 2010c, 2011)

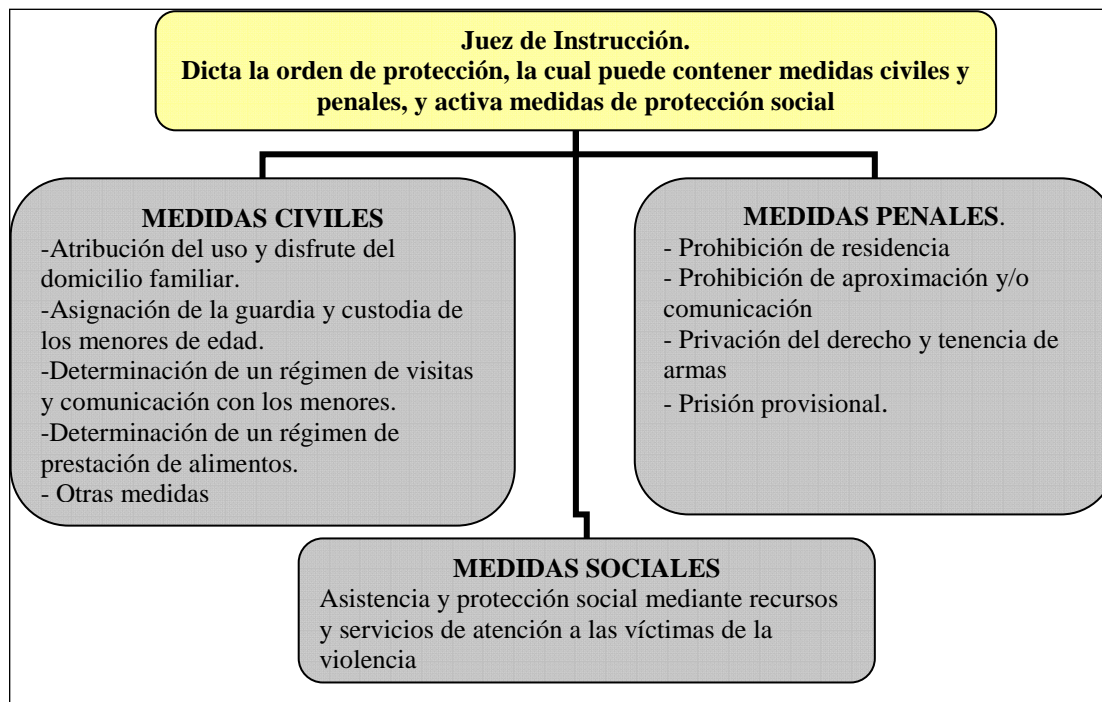
* Incluye únicamente los datos de los primeros tres trimestres de 2010.

(1) Presentadas directamente en el Juzgado.

(2) Incluye los iniciados a partir de la denuncia de las víctimas, de familiares y por intervención policial directa

Tal y como muestra la figura 2, entre las medidas que se pueden adoptar para la protección de la víctima en la Orden de Protección se encuentran medidas de orden penal, civil y social. Las medidas de naturaleza penal dirigidas al agresor pueden incluir: (1) La prohibición de residir y/o acudir a un determinado domicilio, lugar, barrio, municipio, provincia e incluso comunidad autónoma. (2) La prohibición de aproximación y/o comunicación con la víctima y otras personas. (3) La privación del derecho y tenencia de armas. Y (4) la prisión provisional. En cuanto a las medidas de naturaleza civil que pueden adoptarse se encuentran: (1) La atribución del uso y disfrute del domicilio familiar a la víctima. (2) La asignación de la guardia y custodia de los hijos e hijas menores de edad. (3) La determinación de un régimen de visitas y comunicación con los menores. (4) La determinación de un régimen de prestación de alimentos. Y (5) cualquier otra disposición que se considere oportuna para la evitación de peligros y perjuicios de los menores. En cuanto a las medidas sociales, se pueden llegar a adoptar medidas de asistencia y protección social mediante recursos y servicios de atención a las víctimas de la violencia.

Figura 2. Medidas de protección.



Desde el año 2008 hasta el tercer trimestre de 2010 inclusive, se han adoptado en nuestro país un total de 78.988 órdenes de protección. Las medidas adoptadas tanto en órdenes de protección como otras medidas cautelares de seguridad y protección pueden observarse en la siguiente tabla.

Tabla 5. Las medidas penales y civiles derivadas de las órdenes de protección y otras medidas cautelares de protección y seguridad (2008-3er trimestre 2010)

TIPO DE MEDIDAS	AÑO		
	2008	2009	2010*
MEDIDAS PENALES			
Privación de libertad	6%	5%	5,3%
Salida del domicilio	16%	15%	14,3%
Orden de alejamiento	86%	83%	82%
Prohibición de comunicación	84%	82%	81%
Prohibición de volver al lugar	18%	17%	15%
Suspensión tenencia y uso de armas	16%	15%	17,6%
Otras	7%	8%	8,6%
MEDIDAS CIVILES			
Atribución de la vivienda	21,7%	23%	22,3%
Permuta de la vivienda	0,56%	0,2%	0,73%
Suspensión régimen de visitas	3,44%	3%	3%
Suspensión potestad	0,28%	0,3%	0,3%
Suspensión guardia y custodia	7,8%	8%	6,9%
Prestación de alimentos	24,04%	27%	25,8%
Protección del menor	0,56%	1%	1%
Otras	14,99%	17%	15,66%

Fuente: elaboración propia a partir de los datos facilitados por el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género (2009, 2010a, 2010b, 2010c, 2011).

* Incluye únicamente los tres primeros trimestres de 2010.

Todas las medidas de protección son una forma directa de ayudar a la mujer víctima de violencia. Sin embargo, existen otras formas indirectas de protección, como sería, por ejemplo los programas terapéuticos de hombres agresores (Echauri, 2010; Echeburúa, de Corral, Fernández-Montalvo y Amor, 2004). De esta manera, la intervención directa con la persona que agrede puede prevenir la repetición de la violencia contra esa pareja, en el caso de que continúen manteniendo la relación, o la posibilidad de que una futura pareja pueda ser víctima de su violencia (Echauri, 2010; Echeburúa et al., 2004). En este sentido, nuestro ordenamiento jurídico ha tenido en consideración este aspecto y tanto en su modalidad de medida de seguridad como en sus tres modalidades de ejecución penal puede incluir la realización de programas terapéuticos, de formación y educación específicos en el ámbito de

la violencia contra la mujer. Es importante considerar que en el periodo comprendido entre enero de 2008 hasta el tercer trimestre de 2010 de las 144.294 sentencias dictadas en nuestro país en el ámbito de la violencia de género el 61,43% fueron condenatorias. Ante una sentencia condenatoria, se estipula a nivel sancionador que la víctima de la violencia de pareja debe ser protegida, y para ello, la aplicación de la pena conllevará la prohibición de aproximación a la misma y a aquellas otras personas que estime el juez. Esta prohibición se impondrá por un tiempo máximo de diez años. Asimismo, se podrá imponer la pena privativa de libertad para el agresor. Los tres modelos diferenciados de la ejecución de la pena de prisión son los siguientes (Subijana, 2009):

1. La ejecución de la pena de prisión en sentido estricto. Lo que equivaldría al cumplimiento de la pena en un centro penitenciario. Una vez en prisión, el agresor deberá desarrollar un conjunto de actividades planificadas para su reeducación y reinserción social, lo que incluiría la asistencia a los programas específicos de tratamiento para agresores condenados por violencia contra la pareja.

2. La sustitución de la pena de prisión. Nuestro código penal establece las normas para la suspensión de las penas privativas de libertad en los artículos 80 y 81, para las penas de prisión cuya duración es igual o menor de dos años y en el artículo 87 para las penas de prisión cuya duración no sea mayor de 5 años pero cuyos agresores hayan cometido el delito a causa de la dependencia a las drogas o al alcohol. Esta suspensión de la ejecución de la condena se da por un plazo que oscila entre tres meses y cinco años y para ella se imponen varias condiciones necesarias: que el agresor no cometa ningún delito durante el periodo de la suspensión, la prohibición de acercamiento y comunicación con la víctima y aquellas otras personas que estime el juez y la obligación de participar en programas terapéuticos, de formación y educación específicos. En el caso de que el agresor haya cometido el delito por dependencia a cualquier tipo de sustancia deberá realizar un tratamiento de deshabitación.

3. La sustitución de la pena de prisión. Las penas de prisión que no sean mayores de dos años pueden ser sustituidas por la pena de multa y trabajos en beneficio de la comunidad. Asimismo, en los casos de violencia de género la sustitución conllevaría las mismas obligaciones terapéuticas y prohibitivas que en el caso de la suspensión de la pena.

Como dato de interés, a fecha 31 de Diciembre de 2009 la cifra de internos en centros penitenciarios españoles con delitos por violencia contra la mujer ascendía a 4.734 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011). De estos internos, el 5,3% tenían como residencia habitual una localidad de la comunidad autónoma del País Vasco. El delito de violencia contra la mujer se ha convertido en el tercer motivo más frecuente de ingreso de los hombres en prisión en España, después de los delitos socioeconómicos y contra la salud pública (Agencia Europa Press, 30 de noviembre de 2010).

1.5. CONCLUSIONES

La violencia contra la pareja puede adoptar diversas modalidades, como son la violencia física, psicológica y sexual. En todas estas modalidades, la violencia supone un atentado contra la integridad física y psicológica de la persona que lo sufre y conlleva graves consecuencias en la salud física y mental de las víctimas (Krug et al., 2002).

Las cifras en nuestro país indican que la prevalencia de la violencia contra la pareja oscila entre un 15 y un 30% (Echeburúa et al., 1998; Fontanil et al., 2005; Labrador et al., 2006). Y aunque se estima que las denuncias de estas características sólo representan el 10% de las agresiones vividas (Echeburúa y Corral, 1998; Walker, 1979), sólo en el periodo comprendido entre el 1 de enero y el 1 de octubre de 2010, se dictaron en nuestro país 88.644 sentencias condenatorias por delitos de violencia contra la mujer (Observatorio contra la violencia doméstica y de género, 2009, 2010a, 2010b, 2010c, 2011) y con fecha 31 de diciembre de 2009 se encontraban internos en centros penitenciarios españoles por delitos de violencia contra la mujer un total de 4.734 hombres (Ministerio de Sanidad, Política Social e

Igualdad, 2011), lo que ha supuesto que se convierta en el tercer motivo más frecuente de ingreso en prisión, por detrás de los delitos socioeconómicos y los atentados contra la salud pública (Agencia Europa Press, 30 de noviembre de 2010).

Es necesario un conocimiento profundo de los factores y variables asociados a la aparición de este tipo de violencia con el objetivo de enfocar de manera adecuada los esfuerzos por establecer medidas que puedan disminuirla e incluso erradicarla (Díaz-Aguado et al., 2002).

La gran mayoría de la investigación centrada en la violencia de pareja ha focalizado su atención en las víctimas de la misma y una menor cantidad de estudios se ha centrado en el conocimiento de los perpetradores de la violencia. Un mayor conocimiento de los mecanismos implicados en el desarrollo de estas conductas en los hombres que ejercen la violencia de pareja podría ayudar a establecer medidas preventivas y de tratamiento específicas para conseguir la disminución de este problema de índole social y público.

2. LOS AGRESORES DE PAREJA: PERFILES Y RASGOS DE SALUD MENTAL ASOCIADOS

Los profesionales se preguntan qué hace que un hombre se comporte de manera violenta con la persona con la que mantiene o ha mantenido un vínculo sentimental: ¿Qué factores biológicos, psicológicos o sociales se ven implicados en el desarrollo de comportamientos agresivos hacia la persona con la que se tiene una relación de intimidad?

Muchos han sido los estudios que han intentado aproximarse a la etiología y consecuencias de la violencia de pareja estudiando a la víctima de la misma, por las graves repercusiones físicas, psicológicas y sociales que ésta tiene sobre ella. Son menos los estudios que llevan a cabo una evaluación exhaustiva del agresor, probablemente por las dificultades de acceso a los mismos o por la negativa de éstos a participar en los estudios. Además, son pocos los que solicitan ayuda profesional de manera voluntaria y hasta hace relativamente poco eran escasos los que se encontraban en prisión en nuestro país por delitos de violencia contra su pareja.

Con la nueva Ley Orgánica 1/2004, del 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género son cada vez más los hombres que reciben una sentencia judicial condenatoria por actos violentos contra la mujer con la que mantenían una relación sentimental. Algunos de ellos, ingresan en los centros penitenciarios españoles, otros, obtienen una suspensión de la condena con los requisitos de acudir a un tratamiento psicológico, no acercarse a la víctima y no cometer otros delitos durante el periodo de la suspensión y de esta manera no ingresar en prisión. Como consecuencia de esta ley ha aumentado en nuestro país la posibilidad de acceder y estudiar en mayor profundidad los mecanismos psicológicos y sociales de los hombres que han ejercido violencia hacia sus parejas. Así, existen ya diversos estudios y publicaciones sobre este colectivo realizados en las prisiones españolas (Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2003; Echeburúa,

Fernández-Montalvo y Amor, 2006; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2007; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008; Loinaz, 2009; Loinaz, Echeburúa y Torrubia, 2010).

Los hombres violentos hacia sus parejas han sido comparados con los hombres no agresores, con el objetivo de examinar las diferencias existentes en las características clínicas y la prevalencia de los trastornos mentales. Mientras que existe un consenso en la bibliografía sobre la mayor prevalencia de los trastornos del estado de ánimo, el abuso de sustancias y los trastornos de personalidad en hombres violentos que en no violentos (Jordan, Nietzel, Walker y Logan, 2004), las investigaciones han encontrado pocas evidencias en relación a los trastornos mentales severos.

En este apartado, describiré los modelos explicativos del comportamiento del hombre maltratador, así como las tipologías de hombres agresores más relevantes en la bibliografía de los últimos quince años.

Asimismo, abordaré los trastornos más citados en relación a la salud mental de los maltratadores: los trastornos de personalidad, el abuso de sustancias como el alcohol y otras drogas, y algunos trastornos emocionales como la depresión y los problemas de control de la ira. A pesar de que existe poco apoyo a la idea de que los trastornos mentales o el abuso de sustancias como el alcohol o las drogas sean la causa directa de la violencia, abordaré estos temas por la consideración que tienen como factores de riesgo para la violencia y por su compleja contribución en la misma.

2.1. MODELOS EXPLICATIVOS DEL COMPORTAMIENTO DEL AGRESOR DE PAREJA

Durante los últimos 150 años, las teorías sobre el comportamiento criminal han ido evolucionando, desde aquellas que se centran en la biología como determinante, pasando por las explicaciones sociológicas y psicológicas, hasta el presente, donde las orientaciones

multicausales han ido reclamando mayor protagonismo (Ortiz Martínez, 2005; Tobeña, 2001; Vold y Bernard, 1986).

En el momento actual, se considera la violencia contra la pareja como un fenómeno complejo y multicausal, en el que se ven implicados factores personales, sociales y culturales (Rincón, 2003).

Dada esta consideración actual de la violencia doméstica, no me detendré en explicar a fondo aquellas teorías de corte reduccionista, aunque haré una breve descripción de las más significativas.

2.1.1. Teorías Macro-orientadas

Las teorías macro-orientadas parten de la premisa fundamental de que la violencia es un fenómeno intrínsecamente inmerso en la sociedad. En relación a la violencia dentro de las relaciones de pareja dos teorías desde estas premisas serían la teoría del patriarcado o feminista y la teoría de la subcultura (Renzetti, Edleson y Bergen, 2001).

2.1.1.1. Teorías feministas.

Para estas teorías el comportamiento violento en las relaciones de pareja es el reflejo de la situación de desigualdad de poder en las relaciones entre hombres y mujeres (p. ej., Peterson del Mar, 1996; M. D. Smith, 1990). Se entiende que en una cultura en la que es promovida la desigualdad fundamentada en las diferencias sexuales, son fijados estereotipos rígidos de roles. Si la conducta de la mujer no responde a las expectativas de su estereotipo aumenta el riesgo de que sufra violencia por parte de su pareja.

Las desigualdades de poder existen en las sociedades patriarcales, donde los factores estructurales eluden la participación igualitaria de la mujer en el ámbito social, económico y político. Desde esta perspectiva, *“la dominación de la mujer está basada en el mandato*

cultural y la violencia contra la esposa es un instrumento para reforzar y mantener ese mandato de dominio masculino” (D. G. Dutton, 2007, pg. 37).

La aportación de esta teoría es la idea de lo complejo y poderoso del papel de los factores sociales en la creación de un contexto en el que suceden las relaciones violentas. Las críticas a esta teoría se basan en que no explica la totalidad de las situaciones de maltrato, como por ejemplo la violencia en relaciones homosexuales, ni explica por qué en ciertas culturas patriarcales no todos los hombres ejercen la violencia hacia sus mujeres.

2.1.1.2 Teoría de la subcultura de la violencia.

Para esta teoría el comportamiento violento dentro de las relaciones de pareja es un reflejo de una situación de aceptación de la violencia dentro de algunas subculturas.

De esta manera, los autores Wolfgang y Ferracuti (1982) proponen que las personas que pertenecen a ciertos subgrupos dentro de la sociedad, como son las minorías o las clases sociales bajas, tienden a desarrollar normas que aceptan el uso de la violencia en determinadas circunstancias en mayor medida que la sociedad a la que pertenecen.

Esta teoría aporta la idea de la mayor aceptación de la violencia en determinados subgrupos o subculturas, pero no explica la amplia problemática de la violencia contra la pareja, puesto que ésta se da en todos los estratos sociales, así como no explica por qué en ciertas subculturas no todos los hombres ejercen la violencia contra sus parejas.

2.1.2. Teorías Micro-orientadas

Existen otro tipo de teorías que también tratan de explicar el origen o causas de la violencia en la pareja. Estos modelos micro-orientados intentan dar una respuesta desde las características individuales del agresor, incluyendo sus procesos de aprendizaje, sus características diferenciales en cuanto a biología o psicopatología, o sus características de interacción (Barnett, Miller-Perrin y Perrin, 2005; Jasinski, 2001).

Dentro de las teorías de este tipo, se encuentran las teorías biológicas y orgánicas, la teoría del aprendizaje social o de la transmisión intergeneracional de la violencia y la teoría de la psicopatología.

2.1.2.1. Teorías biológicas y orgánicas.

Estas teorías postulan que el comportamiento violento está determinado por causas orgánicas o biológicas. En especial, los investigadores se han centrado en la genética, neuropatología, infecciones cerebrales y otras patologías como la impulsividad, cambios en la estructura o funcionamiento cerebral debido a traumatismos, o en factores endocrinos (H. C. Johnson, 1996). Por ejemplo, hay coincidencia en varios autores en el papel central que la amígdala, el hipocampo y la corteza prefrontal ejercen en la violencia entre las personas (J. Bonilla y Fernández-Guinea, 2006; Goyer, Andreason, Semple y Clayton, 1994; Raine, 1993; Raine y Sanmartín, 2000; Rodríguez-Biezma y Fernández-Guinea, 2006; Sanmartín, 2004).

Desde esta perspectiva, Raine y sus colaboradores (Raine, Buchsbaum, Stanley y Lottenberg, 1994) compararon las tomografías de emisión de positrones (TEP) de 41 asesinos con 41 tomografías de un grupo de control y encontraron que existía una diferencia relevante en la actividad de la corteza prefrontal de ambos grupos. Los asesinos tenían mucha mayor actividad que el grupo de control.

Sin embargo, y tal y como Raine y Sanmartín (2000) indican, aunque existe una asociación entre disfunciones prefrontales y violencia, son necesarios otros factores de riesgo para el desarrollo de conductas violentas, como son los factores medioambientales, psicológicos y sociales.

Estas teorías aportan la consideración de la biología como factor de riesgo en el comportamiento violento, si bien es necesario tener en cuenta otros factores para el desarrollo del mismo. Una de las grandes críticas a estas teorías se centra en que elimina la responsabilidad de las acciones en el agresor (Jasinski, 2001).

2.1.2.2. Teoría del aprendizaje social o de la transmisión intergeneracional de la violencia.

Esta teoría postula que el comportamiento violento es una conducta aprendida a través de las experiencias vividas en la infancia en el contexto de socialización de la familia (Kalmuss, 1984; O'Leary, 1988; Straus, Gelles y Steinmetz, 1980).

La teoría se basa en la teoría del aprendizaje social de Bandura (1973), y aplica en la familia su concepto de modelado, así como los conceptos de condicionamiento clásico y condicionamiento operante (Skinner, 1953).

Una de las grandes aportaciones de este modelo es que proporciona una explicación del aprendizaje de las conductas agresivas. Por el contrario, las críticas a este modelo derivan del hecho de que no explica por qué existen agresores que no han vivido situaciones de maltrato ni han sido testigos de situaciones violentas en la infancia y por qué hay personas que aún habiendo vivido este tipo de situaciones no se convierten en agresores en la edad adulta.

Diversos autores consideran que aunque la vivencia de situaciones de violencia en la infancia, ya sea como víctima directa o como testigo, no determina el que una persona se convierta en violenta en la edad adulta, si es considerada un factor de riesgo para el ejercicio de la violencia en el futuro (p. ej., D. G. Dutton, 2007; Gil-González, Vives-Cases, Ruiz-Cantero, Carrasco-Portiño y Álvarez-Dardet, 2008; Holtzworth-Munroe, Bates, Smutzler y Sandin, 1997).

2.1.2.3. Modelo del intercambio.

Esta teoría parte del supuesto de que el comportamiento humano está guiado por la búsqueda de recompensas y la evitación de castigos (Homans, 1958). Dentro de las relaciones de pareja, esto se traduce en que un hombre actuará de forma violenta con su pareja si percibe que los costes de esa conducta son menores que las ventajas. La recompensa sería, en el caso

de la violencia contra la pareja, el hecho de lograr el dominio sobre la otra persona (Gelles y Cavanaugh, 2004).

2.1.3. Teorías multicausales o multidimensionales

Actualmente la violencia contra la pareja se considera un fenómeno multidimensional y complejo, en el que se consideran implicados múltiples factores tanto personales como interaccionales, sociales y culturales. Diferentes teorías o modelos se han desarrollado con el objetivo de explicar las causas y dimensiones del comportamiento violento del hombre hacia su pareja. Aquí expondré varias de ellas por la repercusión e importancia de las mismas en la actualidad.

2.1.3.1. Modelo ecológico del maltrato.

Este modelo fue desarrollado por Heise (1998) con el objetivo de explicar la etiología del maltrato desde una perspectiva multidimensional y siguiendo el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1987). De esta manera, expone que las conductas violentas se desarrollan en función de la interacción de diversos factores individuales y contextuales.

Los primeros factores a los que hace referencia son aquellos que actúan en el marco sociocultural, y lo denomina macrosistema. Un ejemplo de estos factores son los valores culturales, y dentro de éstos, aquellos que facilitarían la violencia contra la pareja serían las sociedades patriarcales, la rigidez en los roles de género o la justificación de la violencia como forma de resolución de conflictos.

Los siguientes factores formarían el exosistema, y serían aquellos que actúan en el marco comunitario. Es decir, en las estructuras sociales tanto formales como informales. Ejemplos de factores que facilitarían la violencia serían el aislamiento social, el bajo nivel socioeconómico, el desempleo o un entorno de delincuencia.

El siguiente sistema propuesto es el microsistema, que se refiere a la familia. Los factores de riesgo para el desarrollo de comportamientos violentos serían los contextos familiares en los que se legitimaría el control masculino.

El último grupo de factores estaría compuesto por aquellos que tienen que ver con la historia personal y las características individuales del agresor. En este sentido, dos indicadores de riesgo para el ejercicio de la violencia serían el haber sido víctima directa o indirecta de la violencia en la infancia y el haber vivido un rechazo o ausencia del padre en la misma.

Una de las grandes aportaciones de este modelo es que considera que son múltiples los factores implicados en el desarrollo de la violencia contra la pareja y tiene en cuenta dimensiones relativas al agresor, a la víctima, a la familia de origen, al entorno social y a las variables socioculturales en las que se da la relación de maltrato.

2.1.3.2. *Modelo interactivo de la violencia.*

Este modelo postula que las conductas violentas se desarrollan en función de la participación e interacción de diversos factores (Stith y Rosen, 1992).

Los factores que confluyen en el establecimiento de dinámicas familiares violentas son las siguientes: el contexto sociocultural donde se ubica la familia, el grado de vulnerabilidad en las experiencias de socialización individuales y de la familia, los estresores situacionales existentes, y los recursos individuales, familiares y sociales.

2.1.3.3. *Modelo de los mecanismos psicológicos de la violencia en el hogar.*

Este modelo ha sido planteado por Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998) y plantea que las conductas violentas dentro de las relaciones de pareja se desarrollan cuando confluyen diversos factores.

El primer factor, tal y como describen los autores, son las actitudes de hostilidad. Éstas son derivadas de actitudes y sentimientos negativos desarrollados por una evaluación negativa de las conductas de la pareja y generan un impulso a hacerle daño. Estas actitudes se relacionan con estereotipos machistas, celos patológicos, legitimación de la violencia como forma de resolución de conflictos y la percepción de indefensión de su pareja.

El segundo factor es el estado emocional de ira. Este estado se puede producir por pensamientos activadores relativos a situaciones negativas previamente vividas, o estímulos negativos como por ejemplo problemas laborales o económicos. Además, este estado emocional vendría facilitado por las actitudes de hostilidad previamente mencionadas.

El tercer factor importante en este tipo de interacciones es la existencia de un pobre repertorio de conductas y la existencia de trastornos de personalidad en el agresor. En este sentido, las posibilidades de que las reacciones sean agresivas son mayores cuando existe un déficit de habilidades comunicacionales o de resolución de conflictos, o alteraciones de la personalidad en las que aparezca una baja autoestima, un carácter celoso y posesivo, suspicacia o dependencia emocional.

El cuarto elemento en la contribución al desarrollo de conductas agresivas en la relación hace referencia a los factores precipitantes directos como podrían ser el consumo de alcohol u otras drogas.

El quinto factor propuesto por estos autores es la percepción de vulnerabilidad de la persona contra la que se ejerce la violencia. Y, por último, el reforzamiento de las conductas violentas previas es el sexto factor. Si el agresor ha conseguido sus objetivos en otras ocasiones utilizando la violencia, su conducta es reforzada y ante situaciones similares tenderá al uso del mismo repertorio de conductas violentas que previamente utilizó.

Además de estos seis factores propuestos, los autores añaden la influencia de los aspectos hormonales en el hombre y el estereotipo social del varón que implica cierta aprobación social de las conductas violentas en la infancia.

2.2. TIPOLOGÍAS DE LOS AGRESORES DE PAREJA

Son diversos los autores que han intentado determinar las características diferenciales entre hombres agresores y no agresores (p. ej., D. G. Dutton, 1988; Gondolf, 1988; Hamberger y Hastings, 1989). Esta aproximación al tema sugería que los hombres agresores tenían características similares y por lo tanto eran un grupo homogéneo.

En la actualidad, se sabe, tanto por las investigaciones realizadas al respecto como por las conclusiones de la práctica clínica con estas personas, que los hombres que ejercen la violencia contra sus parejas o exparejas son un grupo heterogéneo y, por lo tanto, tienen patrones de comportamiento, motivaciones y características psicopatológicas y de personalidad diferentes (p. ej., Cavanaugh y Gelles, 2005; Delsol, Margolin y John, 2003; Dixon y Browne, 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Gondolf, 1988; Hamberger y Hastings, 1991; Hamberger, Lohr, Bonge y Tolin, 1996; Langhinrichsen-Rohling, Huss y Ramsey, 2000; Saunders, 1992).

Los investigadores están centrando sus esfuerzos en llevar a cabo una clasificación de los hombres que ejercen la violencia contra sus parejas por medio de la identificación de los rasgos comunes que diferencian unos subtipos de agresores de otros. De esta manera se intenta llegar a un conocimiento más profundo de la violencia dentro de ámbito de la pareja: sus causas y consecuencias, el comportamiento y características de los hombres violentos, el establecimiento de las intervenciones más adecuadas para estos hombres, así como la prevención de las situaciones de riesgo para las víctimas.

Las revisiones de la bibliografía relacionada con las tipologías de agresores muestran que existe una consistencia relativa en la identificación de los diferentes subtipos de hombres

agresores y que las tipologías propuestas tienen muchos aspectos en común (Dixon y Browne, 2003; Lohr, Bonge, Witte, Hamberger y Langhinrichsen-Rohling, 2005; Loinaz, 2009), a pesar de que los diferentes estudios se han basado en perspectivas y aspectos relativos al agresor diferentes.

Aquí expondré las tipologías realizadas por diversos autores según aspectos psicofisiológicos, la gravedad de la violencia, el riesgo para la víctima y el historial de comportamientos delictivos del agresor, según las etapas de cambio en el que se encuentre el maltratador y según diferentes dimensiones relativas al agresor. Asimismo, aunque se han realizado clasificaciones en función de los trastornos de personalidad que presenta el maltratador, esto se explicará en el siguiente punto dada la prevalencia de los mismos en los hombres agresores así como porque constituyen una de las variables principales de la presente investigación.

2.2.1. Según aspectos Psicofisiológicos

Gottman y sus colaboradores (Gottman, Jacobson, Rushe y Shortt, 1995) realizaron un estudio basándose en la bibliografía que sugería que existen unos niveles bajos de reacción fisiológica en las personas con conductas delincuentes. La hipótesis más mantenida a este respecto es la de la búsqueda de sensaciones, derivada de una hipoactivación fisiológica y un bajo nivel de activación (Schalling, Edman y Asberg, 1983).

Así, en su investigación llevada a cabo en un contexto de laboratorio, Gottman y sus colaboradores (Gottman et al., 1995) utilizaron la variable activación fisiológica (frecuencia cardíaca, volumen de pulso, período interlatido y actividad electrodermal) para realizar una tipología de agresores.

La muestra de su estudio estuvo compuesta por 61 parejas voluntarias en las que se ejercía violencia del hombre a la mujer, y sus resultados indicaban la existencia de dos tipos de agresores basándose en las respuestas fisiológicas de los mismos durante una situación de

discusión con sus parejas. Además de realizar un registro de las medidas fisiológicas, estos autores utilizaron medidas adicionales para valorar la psicopatología (MCMI-II; T. Millon, 1987), la violencia (CTS; Straus, 1979; y entrevista para valorar la violencia general), codificación de datos de afecto observados (el sistema de codificación de afecto específico, SPAFF; Gottman, 1994), las experiencias de violencia en la infancia por parte de los padres (entrevista de violencia parental durante la infancia), así como las tasas de divorcio después de dos años del estudio. A continuación se describen ambos tipos de agresor:

- El agresor Tipo I, denominado por ellos como “Cobra”, disminuía su frecuencia cardíaca a medida que avanzaba la interacción conflictiva con su pareja. Este subtipo se mostraba más violento que el tipo II hacia otras personas fuera del ámbito de la relación de pareja (amigos, familiares, extraños, compañeros de trabajo y jefes) y había sido testigo de violencia en su familia de origen. Presentaba además características de personalidad antisocial y agresivo-sádica, una menor dependencia de la pareja y una mayor dependencia de sustancias como alcohol o drogas. Su tasa de divorcio tras dos años de estudio fue de cero, debido, según estos autores, al miedo de la víctima a abandonarlo por la intimidación. Asimismo, estos autores sugirieron que estos agresores tendrían resultados peores en intervenciones psicológicas estándar.

- El agresor Tipo II, denominado “Pit Bull”, presentaba un incremento de la frecuencia cardíaca durante el desarrollo de la discusión con su pareja. En este subtipo impulsivo, la violencia estaba circunscrita a la relación de pareja y se asociaba a sus actitudes hacia la mujer, al miedo al abandono y a su dependencia emocional (N. S. Jacobson, Gottman y Shortt, 1995). Además, su tasa de divorcio tras dos años del estudio fue del 27%. Este tipo de agresor tendría, según hipotetizaron los autores del estudio, resultados más positivos en cualquier tipo de tratamiento psicológico.

Dixon y Browne (2003), en su revisión de la bibliografía de las tipologías de agresores de pareja, consideran esta tipología limitada, dado que al ser una tipología que depende únicamente de un factor (si existe un incremento o detrimento de la frecuencia cardíaca durante la situación de conflicto) puede recurrir en una sobre-representación del agresor Tipo II, por lo que sugieren que sería más productivo realizar tipologías que además de medidas fisiológicas incluyan otras dimensiones para su categorización.

2.2.2. Según la gravedad de la violencia, el riesgo para la víctima y el historial de comportamientos previos

Existen varias tipologías basadas en la gravedad de la violencia y el riesgo para la víctima. Las tipologías de estas características son muy importantes por varias razones: En primer lugar, por la información que proporcionan de cara a poder proteger a las víctimas y, segundo, por la información que aportan sobre los posibles comportamientos futuros del agresor. De esta manera, en función del riesgo que se estime hacia la víctima se podrán proponer las diferentes medidas necesarias para su protección. Pero también, el conocer los posibles comportamientos futuros del agresor ayudará a los profesionales que trabajan con ellos a decidir qué intervención puede requerir cada subtipo.

Healy, Smith y Sullivan (1998) describen en su libro una herramienta que se utiliza en el Condado de Colorado, la “lista de comportamientos de violencia doméstica” (del anglosajón “Domestic Violence Behavioural Checklist”) de Lindsey y Robinson (1994). Esta herramienta realiza una tipología de los agresores que son denunciados por sus parejas. Así, según la historia de relaciones íntimas, parentales, criminales, de abuso de sustancias y de disfunciones sociales y psicológicas del agresor se establecen diferentes subgrupos. Éstos son:

- El agresor de Riesgo Bajo, que es aquel que no tiene antecedentes de violencia física ni psicológica hacia la víctima (contrastado con ella) y cuyo primer episodio violento no se

ha dado en un momento de separación de la pareja ni delante de los hijos. Asimismo, este agresor no cumple con más de dos de los siguientes factores considerados de bajo riesgo: existe un conflicto por la custodia de los hijos, ha existido un arresto previo por violencia no doméstica, ha tenido múltiples relaciones de pareja, ha tenido problemas en su periodo de escolarización, tiene problemas económicos actuales o tiene problemas en otras relaciones.

- El agresor de Riesgo Moderado. Éste subgrupo tiene más de dos de los factores de bajo riesgo explicados con anterioridad o uno o más de los siguientes factores considerados de riesgo medio: ha perdido el contacto con sus hijos, sus visitas actuales con sus hijos están restringidas, tiene historial de múltiples separaciones previas, acaba de sufrir un abandono por parte de su pareja o mantiene una relación inestable, en la actualidad culpabiliza a la víctima, ha tenido arrestos previos por violencia doméstica, tiene un historial criminal previo fuera de las relaciones de pareja, se encuentra incumpliendo la orden de alejamiento de la víctima, no tiene amistades, tiene un patrón de comportamiento abusivo, tiene múltiples causas penales en un corto periodo de tiempo, tiene una historia familiar de trastornos mentales y/o violencia, existe abuso de sustancias, ha existido abuso en la infancia, existe admisión de la responsabilidad para reducir cargos, o existen pensamientos de suicidio.

- El agresor denominado de Riesgo Alto sería aquel agresor que tiene uno a más de los siguientes factores de alto riesgo: ha agredido a la víctima durante el periodo de separación, tiene desórdenes en la alimentación, el sueño o dificultades laborales, ha tenido arrestos previos por violencia doméstica, está acosando a la víctima, se encuentra en libertad condicional u *on probation* en el momento del arresto, tiene pensamientos de suicidio u homicidio, tiene historial de abuso de sustancias o intoxicación en el momento de ser arrestado, niega la agresión o cualquier tipo de delito y rechaza la idea de permitir a su pareja romper la relación.

Por otro lado, Cavanaugh y Gelles (2005) realizaron una revisión y síntesis de la bibliografía relacionada con las tipologías de agresores de pareja y llegaron a la conclusión de que existen tres tipos que son congruentes con los estudios previos, de acuerdo con las dimensiones de severidad y frecuencia de la violencia, historia delictiva y los niveles de psicopatología. Sus tres grupos propuestos son los siguientes:

- El agresor de bajo riesgo. Su violencia es de baja gravedad y poco frecuente. Tienen poca o ninguna psicopatología y no tienen historia delictiva.
- El agresor de riesgo moderado. Su violencia es de gravedad moderada y con mayor frecuencia que el anterior. Presentan niveles de psicopatología de moderada a alta.
- El agresor de alto riesgo. Su violencia es grave y de alta frecuencia. Tienen altos niveles de psicopatología y suelen tener historia delictiva.

En nuestro país, Echeburúa et al. (2009), han desarrollado una escala para los profesionales no clínicos (policía, jueces, trabajadores sociales) centrada en la predicción del riesgo de homicidio o de violencia grave hacia la pareja. A partir de esta escala han concluido la existencia de tres niveles de riesgo: bajo, moderado y alto. Estos niveles de riesgo se han planteado desde la valoración de tres aspectos relativos a la violencia: el tipo de violencia ejercida (física, psicológica, sexual, amenazas con objetos o armas), el perfil del agresor (celos patológicos, posesividad, consumo abusivo de alcohol y drogas, sentimiento de humillación tras la ruptura, historial previo de violencia en otras relaciones, tratamientos psiquiátricos previos inconclusos) y la percepción de la víctima (percepción de riesgo de agresión o muerte).

2.2.3. En función de diferentes dimensiones

Estas clasificaciones de los hombres que han ejercido o ejercen violencia hacia sus parejas se han realizado en función de más de una variable. Aquí, expondré las dos tipologías más importantes debido a que cuentan con el mayor apoyo por parte de otros autores (Dixon

y Browne, 2003; R. Johnson et al., 2006; Langhinrichsen-Rohling et al., 2000; Tweed y D. G. Dutton, 1998; Waltz, Babcock, Jacobson y Gottman, 2000) y han sido las más replicadas en estudios posteriores (Hamberger et al., 1996; Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman y Stuart, 2000; Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman y Stuart, 2003; Huss y Ralston, 2008; R. Johnson et al., 2006; Langhinrichsen-Rohling et al., 2000; Waltz et al., 2000).

2.2.3.1. La Tipología de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994).

Esta tipología es la que mayor apoyo empírico y teórico ha recibido. Estos autores realizaron una tipología teórica de los hombres violentos en la pareja tras revisar la bibliografía existente en aquel momento, y establecieron que los hombres agresores podían ser clasificados según tres dimensiones descriptivas y dos correlatos. Así, identificaron como dimensiones descriptivas: a) Severidad y frecuencia de la violencia, b) generalización de la violencia (agresivo solamente en el ámbito familiar o también fuera de él) y c) la psicopatología o los trastornos de personalidad del agresor (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994). En cuanto a los correlatos propusieron los distales (experiencias en la infancia: factores prenatales y genéticos, experiencias familiares en la temprana infancia, experiencia con iguales) y proximales (características en la edad adulta: estilo de apego, impulsividad, habilidades sociales, actitudes hacia la mujer y actitudes hacia la violencia). De esta manera, los dos tipos de correlatos junto a las tres dimensiones propuestas describirían los diferentes subtipos de agresores y el desarrollo de la violencia dentro de la pareja.

De esta combinación de factores propusieron la existencia de tres tipos de agresores de pareja: el *agresor violento solamente en la familia*, el *agresor disfórico-límite* y el *agresor violento en general/antisocial*. La tabla 6 presenta estos subtipos de agresores y cómo difieren en las diferentes dimensiones descriptivas y correlatos.

Tabla 6. Subtipos de agresores y cómo difieren en las diferentes dimensiones descriptivas (en Holtzworth-Munroe y Stuart 1994).

	Solamente en la Familia	Disfórico/ Límite	Generalmente Violento/ Antisocial
DIMENSIÓN			
Violencia Marital			
- Severidad de la violencia	Baja	Moderada-alta	Moderada-alta
- Abuso psicológico y sexual	Bajo	Moderado-alto	Moderado-alto
Generalización de la Violencia			
- Violencia extrafamiliar	Baja	Baja-moderada	Alta
- Conducta criminal, problemas legales	Baja	Baja-moderada	Alta
Psicopatología/ Trastornos de Personalidad			
- Trastornos de Personalidad	Ninguno o pasivo/ dependiente	Límite o esquizoide	Antisocial/ psicopatía
- Abuso de alcohol y drogas	Bajo-moderado	Moderado	Alto
- Depresión	Baja-moderada	Alta	Baja
- Ira	Moderada	Alta	Moderada
CORRELATOS DISTALES			
Factores genéticos	Bajo	Moderado	Alto
Experiencias familiares en la infancia:			
- Violencia de los padres	Baja-moderada	Moderada	Moderada-alta
- Abuso infantil o rechazo	Bajo-moderado	Moderado-alto	Alto
Asociación con iguales desviados/ delincuentes	Baja	Baja-moderada	Alta

Tabla 6. *Continuación.*

	Solamente en la Familia	Disfórico/ Límite	Generalmente Violento/ Antisocial
CORRELATOS PROXIMALES			
- Estilo de Apego	Seguro o preocupado	Preocupado	Desapegado
- Dependencia	Moderada	Alta	Baja
- Empatía	Moderada	Baja-moderada	Baja
- Impulsividad	Baja-moderada	Moderada	Alta
- Habilidades Sociales			
○ Maritales	Bajas-moderadas	Bajas	Bajas
○ No maritales	Moderadas-altas	Moderadas	Bajas
- Actitudes			
○ Hostiles hacia la mujer	No	Moderadas-altas	Altas
○ De mantenimiento de la violencia.	Bajas	Moderadas	Altas

Posteriormente Holtzworth-Munroe et al. (2000) propusieron un cuarto subtipo tras realizar un estudio empírico con el objetivo de validar la tipología teórica establecida previamente. Este nuevo grupo, se denomina el *antisocial de bajo nivel*.

A continuación se describen los diferentes subgrupos propuestos en esta tipología.

1. El agresor violento solamente en la familia.

Este grupo de agresores es descrito como el menos violento en comparación con los otros dos grupos, con un nivel menor de abuso psicológico y sexual hacia la víctima, con el menor nivel de violencia fuera de la familia y con ausencia o menor nivel de psicopatología.

Tal y como describe Calvete (2008a), este grupo incluye a aquellos maltratadores que se muestran menos desviados en algunos indicadores tales como impulsividad, consumo de alcohol y drogas, y conductas delincuentes. Incluye maltratadores con dificultades en las habilidades sociales y de comunicación, altos niveles de dependencia de su pareja, así como un historial de exposición a la violencia en la familia de origen de leve a moderada

(Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Holtzworth-Munroe et al., 2000; Holtzworth-Munroe, 2000). Además, este tipo lo forman hombres que mantienen relaciones de pareja relativamente estables y en comparación con los demás tipos, mayores niveles de remordimiento tras la agresión (Amor, Echeburúa y Loinaz, 2009; Calvete, 2008a; Holtzworth-Munroe et al., 2000; Holtzworth-Munroe, 2000).

Este grupo coincidiría, tal y como describieron Holtzworth-Munroe y Stuart (1994), con tipos previamente establecidos por otros autores. En la tabla 7 se presentan las relaciones entre los diferentes grupos. Éstos tipos son: el “agresor infrecuente” (Sweeney y Key, 1982), parte del grupo de los hombres denominados “agresores sólo en la familia” (Cadsky y Crawford, 1988; Fagan, Stewart y Hansen, 1983; Shields, McCall y Hanneke, 1988), los “agresores de afecto estable” y “dependiente-pasivos” (Faulk, 1974), los “buscadores de aprobación” (Elbow, 1977), algunos de los “agresores de hostilidad sobrecontrolada” (Hershorn y Rosenbaum, 1991), los “agresores no patológicos” y “pasivo-dependientes/compulsivos” (Hamberger y Hastings, 1986), los agresores sin elevaciones clínicas en las escalas del MMPI (Flournoy y Wilson, 1991; Hale, Zimostad, Duckworth y Nicholas, 1988), los “agresores típicos esporádicos” (Gondolf, 1988), los denominados “amantes de la seguridad” y “*stable minimizers*” (Stith, Jester y Bird, 1992) y aquellos cuya violencia se limita únicamente al ámbito familiar (Saunders, 1992).

Asimismo, este grupo propuesto es consistente con investigaciones y estudios posteriores realizados por otros autores así como por investigaciones en las que se ha intentado validar de forma empírica esta tipología. En la tabla 8 se presentan las relaciones entre estudios posteriores y la tipología propuesta por estos autores. Así el subtipo violento solamente en la familia es congruente con el subtipo “normalizado” (Greene, Coles y Johnson, 1994), con el denominado “violencia de pareja común” (M. P. Johnson, 1995), con el “no patológico” (Hamberger et al., 1996), o “de baja patología” (R. Johnson et al., 2006),

el agresor con estilo de personalidad “narcisista-conformista” y “evitador-depresivo” (R. J. White y Gondolf, 2000), el agresor de “conducta violenta reactiva” (Chase, O’Leary y Heyman, 2001) y con el “violento solamente en la familia” (Chiffriller, Hennessy y Zappone, 2006; Delsol et al., 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Holtzworth-Munroe et al., 2000; Langhinrichsen-Rohling et al., 2000; Monson y Langhinrichsen-Rohling, 1998; Waltz et al., 2000).

2. El agresor disfórico/límite.

Este grupo de agresores está compuesto por hombres que ejercen una violencia de media a moderada hacia su pareja. Aunque la violencia se dirige casi exclusivamente hacia su pareja, pueden existir agresiones fuera del ámbito familiar. Este grupo lo conformarían aquellos hombres con un mayor nivel de problemas emocionales como puede ser ansiedad, depresión, celos y problemas de control de la ira, así como características del trastorno límite de la personalidad (labilidad emocional extrema, relaciones interpersonales inestables e intensas y miedo al rechazo). Además, estos agresores, suelen caracterizarse por un historial de rechazo de los padres, abuso infantil, alta dependencia de su pareja, pobres habilidades sociales y de comunicación, hostilidad hacia las mujeres y bajo nivel de arrepentimiento por las agresiones (Amor et al., 2009; Calvete, 2008a; Holtzworth-Munroe et al., 2000; Holtzworth-Munroe, 2000).

Este grupo se relaciona, tal y como describieron Holtzworth-Munroe y Stuart (1994), con subtipos previamente establecidos por otros autores, como puede verse en la tabla 7, donde se presentan las relaciones entre estudios previos y esta tipología. Éstos tipos son: el “frecuentemente violento” (Sweeney y Key, 1982), parte del grupo de los hombres cuya violencia se limita al ámbito familiar (Cadsky y Crawford, 1988; Fagan, Stewart y Hansen; 1983; Shields, McCall y Hanneke, 1988), los “dependientes/Susplicaces” (Faulk, 1974), los “incorporadores y defensores” (Elbow, 1977), los “agresores esquizoide/límite” (Hamberger

y Hastings, 1986), los agresores con elevaciones en todas las escalas del MMPI (Hale et al., 1988), los “agresores típicos crónicos” (Gondolf, 1988), los “perseguidores hostiles” (Stith et al., 1992) y los definidos como “emocionalmente volátiles” (Saunders, 1992).

Este grupo de agresores propuesto es congruente con estudios posteriores realizados así como por investigaciones en las que se ha intentado validar de forma empírica esta tipología. Puede verse esta relación en la tabla 8. Así, el subtipo disfórico/límite es congruente con el subtipo “histriónico deprimido” (Greene, Coles y Johnson, 1994), el “tipo 2-Pit Bull” (Gottman et al., 1995), el “pasivo-agresivo/dependiente” (Hamberger et al., 1996), el “impulsivo” (Tweed y D. G. Dutton, 1998), los agresores con trastorno límite y paranoide de la personalidad (R. J. White y Gondolf, 2000), los agresores “con trastornos psicológicos” (Waltz et al., 2000), el “agresor de violencia media” (Delsol et al., 2003), el agresor “límite” (R. Johnson et al., 2006), el agresor “de conducta violenta reactiva” (Chase et al., 2001), y el “disfórico/límite” de la propia Holtzworth-Munroe en su estudio de validación empírica de la tipología teórica propuesta (Holtzworth-Munroe et al., 2000).

3. El agresor violento en general/antisocial.

Este grupo de agresores está compuesto por aquellos hombres con un mayor nivel de severidad de la violencia (física, psicológica y sexual) tanto hacia sus parejas como en las relaciones extrafamiliares. Este tipo lo conforman los hombres con características del trastorno de personalidad antisocial (comportamiento criminal, arrestos, fallo en la adaptación a las normas sociales, abuso de sustancias) así como del trastorno de personalidad narcisista. Además, suelen caracterizarse por un historial de violencia en su familia de origen. Consideran la violencia como aceptable si es para conseguir sus propósitos y no tienen remordimientos tras los actos violentos (Amor et al., 2009; Calvete, 2008a; Holtzworth-Munroe et al., 2000; Holtzworth-Munroe, 2000).

Este grupo de hombres agresores se relaciona con tipos establecidos previamente por otros autores (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994). Éstos son: el “frecuentemente violento” (Sweeney y Key, 1982), el “generalmente violento” (Cadsky y Crawford, 1988; Fagan et al., 1983; Saunders, 1992; Shields et al., 1988), los “agresores dominantes y violentos/bulliers” (Faulk, 1974), los “controladores” (Elbow, 1977), los “agresores de hostilidad subcontrolada” (Hershorn y Rosenbaum, 1991), el “narcisista/antisocial” (Hamberger y Hastings, 1986; R. Johnson et al., 2006), los agresores con elevaciones en las escalas dos y cuatro del MMPI (Flournoy y Wilson, 1991; Hale et al., 1988), los agresores “antisociales” y “psicopáticos” (Gondolf, 1988), y los denominados “desconectados hostiles” (Stith et al., 1992). En la tabla 7 se presentan las relaciones entre estudios previos y esta tipología

Este grupo de agresores propuesto es también congruente con estudios e investigaciones posteriores. En la tabla 8 se presentan las relaciones entre estudios posteriores y la tipología propuesta por estos autores. De esta forma, el subtipo violento en general/antisocial es congruente con los tipos: “perturbado” (Greene et al., 1994), con el “tipo 1-Cobra” (Gottman et al., 1995), con el “terrorista doméstico” (M. P. Johnson, 1995) el “antisocial” (Hamberger et al., 1996), con el “violento en general” (Chiffrieller et al., 2006; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Waltz et al., 2000), con el “instrumental” (Tweed y D. G. Dutton, 1998), los agresores con trastorno de la personalidad antisocial y narcisista (R. Johnson et al., 2006; White y Gondolf, 2000), los “violentos en general y con trastornos psicológicos” (Delsol, Margolin y John, 2003), el agresor “con conducta violenta proactiva o instrumental” (Chase et al., 2001), y con el subtipo “antisocial/violento en general” (Holtzworth-Munroe et al., 2000; Langhinrichsen-Rohling et al., 2000; Monson y Langhinrichsen-Rohling, 1998).

A continuación se presentan las tablas que relacionan esta tipología con los estudios previos y posteriores.

Tabla 7. Relaciones entre estudios previos y la tipología de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994)

AUTORES	SUBTIPOS DE AGRESORES		
	Sólo en la Familia	Disfórico/Límite	Violento en general/antisocial
Faulk (1974)	- De afecto estable - Dependiente-pasivos	Dependiente/Suspica	Agresores dominantes y Violentos/Bulliers
Elbow (1977)	- Buscadores de Aprobación.	Incorporadores y Defensores	Controladores
Sweeney y Key (1982)	Agresor Infrecuente	Frecuentemente violento	Frecuentemente violento
Fagan, Stewart y Hansen (1983)	Algunos de los agresores limitados al ámbito familiar	Algunos de los agresores limitados al ámbito familiar	Generalmente violento
Hamberger y Hastings (1986)	- No patológicos. - Pasivo-dependiente/compulsivo	Esquizoide/límite	Narcisista/antisocial
Cadsky y Crawford (1988)	Algunos de los agresores limitados al ámbito familiar	Algunos de los agresores limitados al ámbito familiar	Generalmente violento
Hale, Zimostrad, Duckworth y Nicholas (1988)	Sin elevaciones en las escalas del MMPI	Elevaciones en todas las escalas del MMPI	Elevaciones en las escalas 2 y 4 del MMPI
Shields, McCall y Hanneke (1988)	Algunos de los agresores limitados al ámbito familiar	Algunos de los agresores limitados al ámbito familiar	Generalmente violento
Gondolf (1988)	Típicos esporádicos	Típicos crónicos	- Antisocial - Psicopático
Hershon y Rosenbaum (1991)	Algunos de los agresores de hostilidad sobrecontrolada		Agresores de hostilidad subcontrolada

Tabla 7. Continuación

AUTORES	SUBTIPOS DE AGRESORES		
	Sólo en la Familia (FO)	Disfórico/Límite (DB)	Violento en general/antisocial (VG/A)
Flourney y Wilson (1991)	Sin elevaciones en las escalas del MMPI		Elevaciones en las escalas 2 y 4 del MMPI
Stith, Jester y Bird (1992)	- Amantes de la seguridad - <i>Stable minimizers</i>	Perseguidores hostiles	Desconectados hostiles
Saunders (1992)	-Agresor solamente en la familia	Volátil emocional	Generalmente Violento

Tabla 8. Relaciones entre estudios posteriores y la tipología de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994)

AUTORES	SUBTIPOS DE AGRESORES		
	Sólo en la Familia	Disfórico/Límite	Violento en general/antisocial
Greene, Coles y Johnson (1994)	Normal	Histriónico Deprimido	Perturbado
Johnson (1995)	Violencia de pareja común		Terrorista doméstico

Tabla 8. *Continuación*

AUTORES	SUBTIPOS DE AGRESORES		
	Sólo en la Familia	Disfórico/Límite	Violento en general/antisocial
Gottman, Jacobson, Rushe, Shortt, Babcock, La Taillade y Waltz (1995)		Tipo 2- Pit Bull	Tipo 1- Cobra
Hamberger, Lohr, Bonge y Tolin (1996)	No patológico	Pasivo-agresivo/dependiente	Antisocial
Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997)	Limitado al ámbito familiar		Violento en general
Tweed y D. G. Dutton (1998)		Impulsivo	Instrumental
Monson y Langhinrichsen-Rohling (1998)	Solamente en la familia	-Tipo 2- Obsesionado sexualmente. -Tipo 3- Límite /disfórico	Antisocial/violento en general
Langhinrichsen-Rohling, Huss y Ramsey (2000).	Solamente en la familia	Límite/disfórico	Antisocial/violento en general.
Holtzworth-Munroe, Meehan, Herron, Rehman y Stuart (2000)	- Solamente en la familia - Antisocial de Bajo nivel	Disfórico Límite	Violento en general/antisocial.
White y Gondolf (2000)	- Estilo narcisista-conformista. - Estilo evitador-depresivo	- Trastorno límite - Trastorno paranoide	- Trastorno antisocial -trastorno narcisista
Waltz, Babcock, Jacobson y Gottman (2000)	Solamente en la familia	Agresor con trastornos psicológicos	Violento en general

Tabla 8. *Continuación*

AUTORES	SUBTIPOS DE AGRESORES		
	Sólo en la Familia	Disfórico/Límite	Violento en general/antisocial
Chase, O'leary y Heyman (2001)	Agresor con conducta violenta reactiva	Agresor con conducta violenta reactiva	Agresor con conducta violenta proactiva o instrumental
Delsol, Margolin y John (2003)	Solamente en la familia	Agresor de violencia media	Violento en general y con problemas psicológicos
Johnson, Gilchrist, Beech, Weston, Takriti y Freeman (2006).	Baja patología	Límite	- Antisocial - Narcisista
Chiffriller, Hennessy y Zappone (2006)	Solamente en la familia	Con patología (agresor psicológico)	Violento en general (Agresor sexual)
Eckhardt (2007)	- Ira Normal	Bajo control Ira	Ira Patológica
Loinaz (2009)	- Rasgos histriónicos - Rasgos narcisistas - Rasgos obsesivo-compulsivos		Rasgos antisociales.

4. *El Antisocial de bajo Nivel (Holtzworth-Munroe et al., 2000).*

La tipología teórica de Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) se ha intentado validar por parte de diversos autores, entre ellos, la propia Holtzworth-Munroe et al. (2000), quienes llevaron a cabo un estudio empírico con una muestra de 102 hombres que habían ejercido la violencia física hacia sus parejas. Asimismo, se contó con la colaboración de las víctimas.

Utilizando las medidas de sus dimensiones descriptivas confirmaron sus tres tipos de agresores y encontraron un nuevo grupo que denominaron el *antisocial de bajo nivel*, el cual se encontraría entre el agresor cuya violencia se limita solamente al ámbito familiar y el agresor violento en general/antisocial. Los maltratadores que conforman este grupo se caracterizan por ejercer una violencia baja o media y tener características de personalidad antisocial moderadas, así como actitudes más negativas hacia la mujer que el exclusivamente violento en la familia.

2.2.3.2. *La tipología de Donald G.Dutton.*

Esta tipología no cuenta con el mismo apoyo empírico que la tipología de Holtzworth-Munroe et al. (1994) pero ejerce una gran influencia en el estudio del hombre agresor, siendo utilizada en el ámbito clínico y penitenciario.

D. G. Dutton (2007) considera que en función del tipo de agresor, los patrones de abuso difieren. Para este autor, los agresores se caracterizan por dos dimensiones: *Hipercontrolados* versus *subcontrolados* e *impulsivos* versus *instrumentales*. En el caso de los hipercontrolados versus subcontrolados, los hipercontrolados niegan su ira y experimentan resentimiento y frustración crónica mientras que los subcontrolados actúan violentamente de forma frecuente. En el caso de los impulsivos versus instrumentales, en el primer caso, actúan de forma violenta en respuesta al aumento de tensión interna acumulada, y en el segundo caso utilizan la violencia de forma fría para conseguir ciertos objetivos.

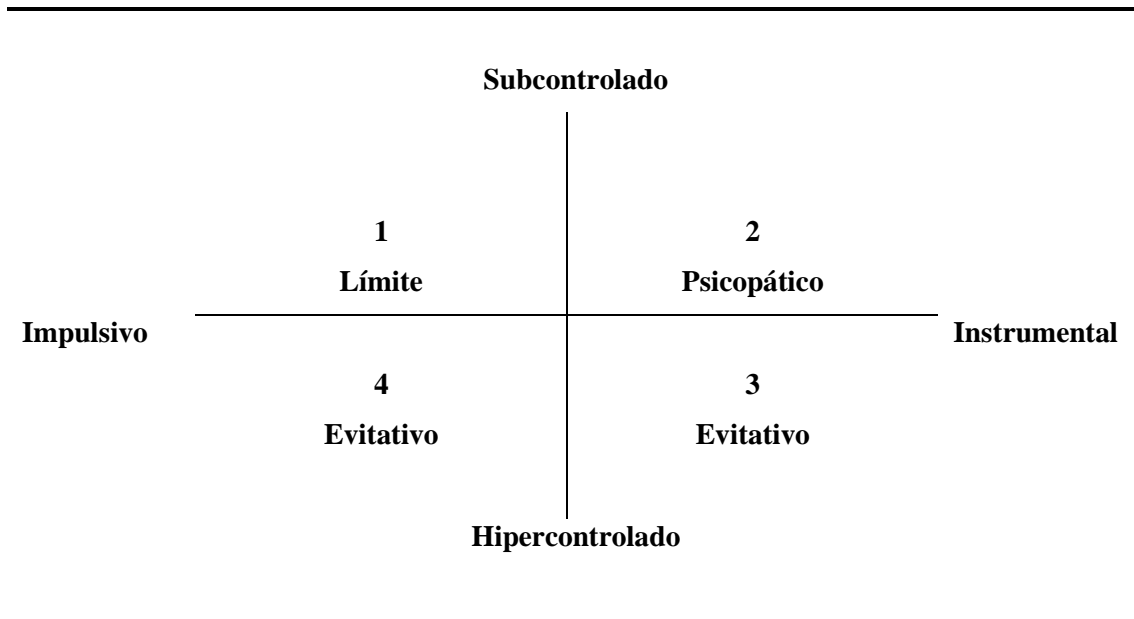
Asimismo, considera que estas dimensiones han sido utilizadas en el resto de tipologías de agresores de pareja propuestas por otros autores. En la tabla 9, pueden observarse las tipologías que el autor ha asociado a estas dimensiones.

Tabla 9. Tipologías asociadas a las dimensiones propuestas por D. G. Dutton (Adaptada de D. G. Dutton, 2007)

D. G. DUTTON (1988, 2007)	HAMBERGER Y HASTINGS (1986)	HOLTZWORTH- MUNROE Y STUART (1994)	SAUNDERS (1992)	TWEED Y D. G. DUTTON (1998)
Antisociales	Antisocial / Narcisista	Violento en General/ Antisocial (GVA)	Tipo 2 (violento en general)	Instrumental/ Subcontrolado
Límites o cíclicos	Esquizoide / Límite	Límite/ Disfórico (BD)	Tipo 3 (emocionalmente volátil)	Impulsivo/ Subcontrolado
Hipercontrolados	Dependiente / Compulsivo	Violento sólo en la familia (FO)	Tipo 1 (emocionalmente suprimido)	Impulsivo/ Hipercontrolado

A partir de estas dimensiones, D. G. Dutton (1988, 2007) propone tres tipos diferenciados de agresores: *Antisociales o psicopáticos, cíclicos o límites e hipercontrolados*, como puede observarse en la siguiente figura.

Figura 3. Modelo bidimensional de D. G. Dutton (2007)



A continuación se describen los tres subgrupos de agresores propuestos por D. G. Dutton (1988, 2007).

1. El Agresor hipercontrolado.

Este tipo de agresor propuesto se encontraría en la figura 3 en los grupos evitativos (3 y 4). Para D. G. Dutton y Golant (1995) estos hombres se caracterizan por parecer distanciados de sus propios sentimientos y manifestar un acusado perfil de evitación y agresión pasiva. Sus manifestaciones de ira suelen aparecer brusca e inesperadamente y se producen tras una acumulación progresiva de frustración ante acontecimientos externos y resentimiento. Suelen ser hombres meticulosos, perfeccionistas y dominantes, con estereotipos de rol de género profundamente arraigados. Suelen también caracterizarse por el control de su pareja, así como por ser controladores con el dinero. Suelen mantener un maltrato emocional casi constante, atacando el apoyo social y la identidad de la mujer. Asimismo, suelen ser personas sin antecedentes penales y cuya violencia se limita al ámbito de las relaciones íntimas. Generalmente aparecen ante la sociedad como personas normativas, dado que se muestran violentos con menor frecuencia, únicamente dentro del ámbito de la

pareja y presentan menos psicopatología que los otros tipos de agresores (Tweed y D. G. Dutton, 1998), aunque pueden presentar perfiles de personalidad de tipo evitativo, dependiente y pasivo-agresivo (D. G. Dutton, 2007; Tweed y D. G. Dutton, 1998). Asimismo, aunque la violencia de este grupo es menos frecuente que la de los otros dos subgrupos, se considera que existe riesgo de uxoricidio (homicidio de la pareja) (D. G. Dutton, 2007).

Según D. G. Dutton y Golant (1995) existen dos subtipos de agresores hipercontrolados, uno activo caracterizado por un exceso de control perfeccionista, y otro pasivo que tiende al distanciamiento emocional.

Este tipo de agresores se relacionaría con otros tipos de agresores propuestos en otras tipologías, como por ejemplo el “agresor violento sólo en el familia” (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997), el “emocionalmente suprimido” (Saunders, 1992), el “dependiente/compulsivo” (Hamberger y Hastings, 1986), el agresor “con rasgos dependientes o obsesivo-compulsivos” (Loinaz, 2009) o el “dependiente/pasivo-agresivo” (Hamberger et al., 1996). Para D. G. Dutton y Golant (1995) este grupo representaría el 30% de los maltratadores, aunque para otros autores representaría un porcentaje mucho mayor. Así, Saunders (1992) encontró que representaba un 52% de los maltratadores, Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) concluyeron que el agresor violento sólo en la familia representaba el 50% de los casos y Fernández-Montalvo y Echeburúa encontraron que el 74% de su muestra de maltratadores que acudían voluntariamente a tratamiento pertenecía a este subtipo. Por su parte, Hamberger et al. (1996) encontraron que el porcentaje de su tipo denominado “dependiente/pasivo-agresivo” representaba únicamente el 18% de su muestra.

2. *El agresor antisocial.*

Este tipo de agresor propuesto se encontraría en la figura 3 en el grupo psicopático (grupo 2), lo que indicaría que es una personalidad instrumental y subcontrolada (Tweed y D. G. Dutton, 1998). Para D. G. Dutton y Golant (1995) estos hombres cumplen los criterios de conducta antisocial y por lo tanto presentan un patrón de desconsideración extrema hacia las normas sociales, además, no tienen conciencia moral y carecen de la capacidad de empatizar. Sus conductas agresivas tienen un objetivo instrumental, que es el de ganar o conseguir algo, que suele ser el someter y dominar a su víctima. Este tipo de conductas no se limitan únicamente al ámbito familiar sino que son personas violentas en general, que suelen tener antecedentes penales o antecedentes de conductas antisociales. Además, este grupo suele atribuir la responsabilidad del conflicto y de su conducta a su víctima. Estos hombres generalmente no sienten remordimientos por su comportamiento y tienen reacciones emocionales superficiales.

Este tipo de agresores se relacionaría con otros tipos de agresores propuestos en otras tipologías, como por ejemplo el “tipo 1-cobra” (Gottman et al., 1995), el “agresor violento en general” (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Saunders, 1992), el agresor con “rasgos antisociales” (Loinaz, 2009) o el “antisocial/narcisista” (Hamberger y Hastings, 1986). Para D. G. Dutton y Golant (1995) este grupo representaría el 40% de los maltratadores que acuden a tratamiento. Hart, D. G. Dutton y Newlove (1993) encontraron en su muestra de hombres que acudían a tratamiento de forma voluntaria y de forma judicial, que el 37.5% de los primeros y el 45% de los segundos cumplían los criterios de conducta antisocial. Saunders (1992) encontró que representaba un 29% de los maltratadores, Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) concluyeron que representaba el 25% de los casos, Gondolf y White (2001) encontraron que un 11% de su muestra tenía un

trastorno psicopático y Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) encontraron en su estudio de agresores en prisión, que el 14% tenían tendencias psicopáticas.

3. *El agresor cíclico o límite*

Este agresor es en el que D. G. Dutton (2007) se ha centrado más, y a partir del cual ha descrito la denominada "personalidad abusiva", que es la mayor aportación de este autor al campo de la violencia de pareja.

D. G. Dutton (1994b) ha preferido centrarse en la organización límite de la personalidad (BPO) en vez de en el trastorno de la personalidad límite, los cuales están relacionados pero no son sinónimos (Oldham et al., 1985). Su elección se debe al intento por despatologizar la personalidad del agresor (D. G. Dutton y Starzomski, 1993). Esta organización se presenta como un continuo de problemas de personalidad caracterizados por dificultades en la identidad que resaltan dentro de las relaciones íntimas (D. G. Dutton y Starzomski, 1993). Las personas con este tipo de organización tienen una identidad difusa, utilizan defensas primitivas y experimentan fallos en la interpretación de la realidad (Oldham et al., 1985).

Los agresores con una Organización de la Personalidad Límite (BPO) son considerados por el autor los más peligrosos, a la vez que incomprensidos. La peligrosidad se debe a que su conducta violenta es crónica y repetitiva, pero tiene lugar casi exclusivamente en el seno familiar. Fuera de éste, su comportamiento es muy diferente. Este tipo de agresor tiene dificultades de regulación emocional y experimenta altos niveles de ira, depresión y ansiedad, así como una hiper-reactividad al abandono. Sus conductas violentas aparecen desencadenadas por eventos internos, por lo que pueden aparecer ante cualquier situación. Son proclives a relaciones interpersonales intensas e inestables caracterizadas por minar de forma intermitente a la pareja, tienden a la manipulación y tienen una dependencia enmascarada. Asimismo, tienen un sentido inestable de sí mismo y no toleran la soledad, por

lo que aparece con frecuencia ansiedad al abandono junto con la experimentación de un gran temor a establecer relaciones íntimas, en las cuales tienden a pasar del amor al odio y al revés. Internamente se encuentra en una lucha frecuente, donde los celos juegan un papel fundamental. La ira que presentan suele ser intensa y tienden al arrepentimiento tras los episodios de violencia.

Los estados de ánimo de este tipo de agresor adoptan una forma cíclica que D. G. Dutton (2007) ha asociado al ciclo de la violencia de (Walker, 1979, 1989). De esta manera, D. G. Dutton (2007), considera que este tipo de agresor es quien realiza el ciclo de la violencia descrito por Walker.

Un concepto que se ha asociado al funcionamiento de la organización límite de la personalidad, es el de los estilos de apego. La teoría del apego en hombres agresores ha recibido cierta atención, y ha sido considerada en diversos estudios (Davis, Ace y Andra, 2000; D. G. Dutton, Saunders, Starzomski y Bartholomew, 1994; D. G. Dutton, 1995a; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Holtzworth-Munroe et al., 2000). Así, se ha encontrado que los estilos de apego difieren entre agresores y no agresores. Holtzworth-Munroe, Stuart y Hutchinson (1997) llevaron a cabo un estudio en el que comparaban tres grupos: hombres violentos hacia su pareja, hombres con problemas en la relación pero sin violencia y hombres sin problemas en la relación y sin violencia, y encontraron que los hombres violentos presentaban mayores estilos de apego inseguro, ansioso y desorganizados así como más celos.

Más específicamente, se ha encontrado en varios estudios que el apego inseguro está asociado a la impulsividad y a esta organización de la personalidad límite (D. G. Dutton et al., 1994; Edwards, Scott, Yarvis, Paizis y Panizzon, 2003; Henderson, Bartholomew y D. G. Dutton, 1997; Mauricio, Tein y Lopez, 2007; Tweed y D. G. Dutton, 1998). Los estilos de apego inseguro, a su vez, están relacionados con la ira (Follingstad, Bradley, Helff y

Laughlin, 2002), a la que D. G. Dutton et al. (1994) han denominado “ira-íntima” (*Intimacy anger* del inglés). Los hombres agresores con estilos de apego ansioso-ambivalente, se caracterizan por tener una gran necesidad de cercanía con la pareja pero al mismo tiempo presentan un gran malestar ante la misma (Holtzworth-Munroe et al., 1997; Holtzworth-Munroe et al., 2000), además, presentan altos niveles de depresión, ansiedad e ira asociada al sentimiento de abandono, y tienden a altos niveles de celos y síntomas de haber experimentado un trauma (D. G. Dutton, 2007).

Otro concepto que este autor ha tenido en cuenta a la hora de describir la personalidad abusiva es el de trauma. La exposición a estresores intrafamiliares como la violencia física o psicológica, así como el rechazo de los padres, es una experiencia traumática que implica el desarrollo de un estilo de apego no seguro (Bartholomew, 1990; D. G. Dutton, 1994b; D. G. Dutton, Van Ginkel y Landolt, 1996; D. G. Dutton, 2000; D. G. Dutton, 2008) y que pone a la persona en riesgo de convertirse en agresor en el futuro (D. G. Dutton y Hart, 1992). Este autor, ha encontrado en sus estudios la existencia de vivencias traumáticas en este tipo de agresores (D. G. Dutton, Starzomski y Ryan, 1996; D. G. Dutton, 1999).

Con todo esto, D. G. Dutton (1995c) sugiere que las experiencias tempranas traumáticas conllevan un estilo de apego inseguro, el desarrollo de características de personalidad límite e ira que en situaciones de frustración puede resultar en violencia contra la figura de apego que en una relación íntima sería la pareja.

Para D. G. Dutton y Golant (1995) este tipo de agresor representaría una cuarta parte de los hombres que agreden a sus parejas. Saunders (1992) encontró que el 19% de su muestra correspondía a su grupo “emocionalmente volátil”. Asimismo, Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) estimaron que el 25% de los agresores pertenecían al grupo disfórico-límite, al que ellos mismos han asociado a la personalidad abusiva de D. G. Dutton (Holtzworth-Munroe, 2000). Gondolf y White (2001) encontraron que el 29% de su muestra podía

reorganizarse conforme al continuo límite-evitativo, pero tan sólo el 2% presentaba el trastorno límite de personalidad. En su caso, Gondolf (1999), ha debatido la posible existencia de la personalidad abusiva de D. G. Dutton, debido a que no ha podido avalar su existencia mediante el MCMI-III (T. Millon, Millon y Davis, 1994), ya que encontró que tan sólo el 7% de su muestra presentaba rasgos de personalidad límite. Sin embargo, tal y como D. G. Dutton (2003) afirma, el MCMI en cualquiera de sus formas no es tan sensible a la medición de la organización límite de la personalidad como sería la Escala de Propensión al Abuso (D. G. Dutton, 1995b), en el que se incluyen la Escala de la Organización Límite de Personalidad (BPO; Oldham et al., 1985) el Inventario Multidimensional de Ira (MAI; Siegel, 1986), junto con escalas que miden los estilos de apego, traumas y rechazo de los padres. Así, tal y como D. G. Dutton (2003) explica, es necesario medir todas las variables influyentes en el desarrollo de este tipo de personalidad no sólo ciertos elementos influyentes en su desarrollo.

En la tabla 10 pueden observarse las características de la los tres subgrupos de agresores de pareja propuestos por D. G. Dutton (2007).

Tabla 10. Características de los agresores según la tipología de D. G. Dutton (adaptado de D. G. Dutton, 2007)

AGRESORES HIPERCONTROLADOS	AGRESORES ANTISOCIALES	AGRESORES LÍMITES O CÍCLICOS
Afecto aplanado o persona constantemente animada	Historia de comportamiento antisocial	Fases cíclicas
Intenta evitar los conflictos	Asociación con subculturas criminales marginales	Altos niveles de celos
Solapamiento de consumo de alcohol y violencia		
Intenta congraciarse con el terapeuta	Violento dentro y fuera de casa	Violencia predominante/exclusiva en relaciones íntimas
Algún arresto por conducción ebria	Alta aceptación de la violencia	
Alta dependencia enmascarada	Actitudes violentas negativas (<i>macho attitudes</i>)	
Resentimiento crónico	Baja empatía	Altos niveles de depresión, disforia e ira con base ansiosa
Alta deseabilidad social	Normalmente víctima de abuso físico extremo en la infancia	Ambivalencia con mujer/pareja
Apego: preocupado	Apego: rechazante	Apego ansioso
MCMI: evitativo, dependiente, pasivo-agresivo	MCMI: antisocial, agresivo-sádico	MCMI: Límite (personalidad límite)

2.2.4. En función de las etapas de cambio de Prochaska y DiClemente

Prochaska y DiClemente propusieron en el año 1983 el Modelo Transteórico de Cambio tras realizar estudios en el ámbito de las adicciones (Prochaska y DiClemente, 1982). En este modelo planteaban que el cambio de conducta se produce en una sucesión de etapas. Estas etapas son: Precontemplativa (negación del problema y ausencia de consideración de necesidad de cambio), contemplativa (minimización o aceptación parcial del problema y análisis de los costes y beneficios del cambio), preparación (han decidido llevar a cabo el cambio y han comenzado con pequeños cambios), acción (compromiso con el cambio y acciones para el mismo), mantenimiento (el cambio inicial ya se produjo y se encuentran en la fase de mantenimiento de la conducta) y recaída (recaída en la conducta y ocasión para reevaluar y aprender en qué se falló) (Prochaska y DiClemente, 1983).

Desde su aparición, este modelo ha demostrado su capacidad para explicar los cambios individuales en diferentes adicciones y en otros comportamientos desadaptados como la violencia en la pareja (Levesque, Gelles y Velicer, 2000).

A partir de este modelo, diferentes autores han planteado diferentes grupos de maltratadores en función de en que momento del proceso de cambio se encuentran, con el objetivo de proponer las mejores estrategias de intervención o tratamiento (Eckhardt, Babcock y Homack, 2004; Levesque et al., 2000).

Levesque et al. (2000) realizaron una clasificación de 7 grupos según las etapas de cambio, en una muestra de 292 hombres en tratamiento por haber ejercido violencia contra sus parejas. Estos grupos son: Reluctante (negación del problema), inmotivado (minimización del problema), acción no reflexiva (no motivado para el cambio pero en fase de acción), no preparado para la acción (no tiene un conocimiento objetivo del problema y por tanto no está

preparado para que los cambios que pueda realizar se mantengan), preparticipativo (comprometido con comenzar a llevar a cabo el cambio), toma de decisiones (comienzo del cambio) y participativo (trabajan activamente para que se produzca el cambio).

Otros autores (Eckhardt et al., 2004) han realizado una clasificación de tres subtipos de maltratadores en base a estas etapas de cambio: Los no motivados, que se encontrarían en la fase precontemplativa de negación del problema, el subtipo de agresores no preparados para la acción, en el que se incluirían aquellas personas que aunque realizan ciertas acciones para el cambio no hay un mantenimiento del mismo, y el subgrupo de hombres preparticipativos, los cuales son conscientes de la existencia de un problema y se encuentran comprometidos con el cambio y el mantenimiento del mismo.

2.3. PROBLEMAS DE SALUD MENTAL EN LOS MALTRATADORES.

2.3.1. Los trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad constituyen entidades clínicas de una notable repercusión clínica en nuestros días (Caballo, 1998, pg. 509). Así, con la aparición de la clasificación multiaxial de las enfermedades psiquiátricas en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) en 1980 (American Psychiatric Association., 1980), los trastornos de la personalidad fueron incluidos en un apartado propio (Eje II).

Theodore Millon fue una de las personas que participó en el desarrollo de esta tercera edición del manual, e introdujo en ella parte de su modelo, que se ha incluido también en las diferentes revisiones posteriores del DSM (III-TR, IV y IV-TR).

El modelo de personalidad de T. Millon es un modelo integrador en el que considera los diversos modelos teóricos a la hora de construir lo que se ha denominado “Teoría Biopsicosocial-evolutiva de la Personalidad”. Así, este modelo se construye asentándose en

los modelos biológicos, intrapsíquicos, conductuales, cognitivos, interpersonales, fenomenológico-sociales y evolutivos.

Además, T. Millon incluye en su modelo el énfasis en el continuo “normalidad-patología” (Cardenal, Sánchez y Ortiz-Tallo, 2007), que se refiere a que la personalidad normal y la patológica comparten los mismos mecanismos de desarrollo, sin embargo debido a diferencias en el carácter, el tiempo, la intensidad o persistencia de determinadas influencias, algunos individuos adquieren actitudes o hábitos inadaptados, mientras que otros no lo hacen (T. Millon y R. Millon, January 1974).

Según este autor, el criterio más común a la hora de distinguir entre normalidad y anormalidad es el criterio estadístico, que indica que la normalidad está determinada por aquellos comportamientos que son más frecuentes en el grupo social, mientras que la anormalidad está determinada por las características más infrecuentes en esa población (T. Millon, 1981).

Así, los trastornos de personalidad son definidos por el DSM-IV-TR como “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura de la persona, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicio contra el sujeto” (American Psychiatric Association, 2002, pg. 765) En cuanto a los rasgos de la personalidad, éstos serían “patrones persistentes de formas de percibir, relacionarse y pensar sobre el entorno y sobre uno mismo que se ponen de manifiesto en una amplia gama de contextos sociales y personales” (American Psychiatric Association, 2002, pg. 765). Los mismos sólo constituirían trastornos de la personalidad en el caso de ser inflexibles y desadaptativos así como cuando producen un deterioro funcional significativo o malestar subjetivo.

T. Millon, Grossman, Millon, Meagher y Ramnath (2004) a la hora de explicar el sistema multiaxial exponen que puede conllevar a error la explicación de los trastornos de personalidad como entidades clínicas que pueden ser diagnosticadas por separado. Explican que la personalidad es un patrón de características a través del sistema entero de la persona. La personalidad se refiere a la configuración total de las características de la persona: interpersonales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas. Cada una de ellas refuerza la otra en la perpetuación de la consistencia de la estabilidad y el comportamiento de la estructura total del individuo (T. Millon et al., 2004).

T. Millon y Davis (1998) realizaron una analogía entre la salud física y mental para explicar el sistema multiaxial:

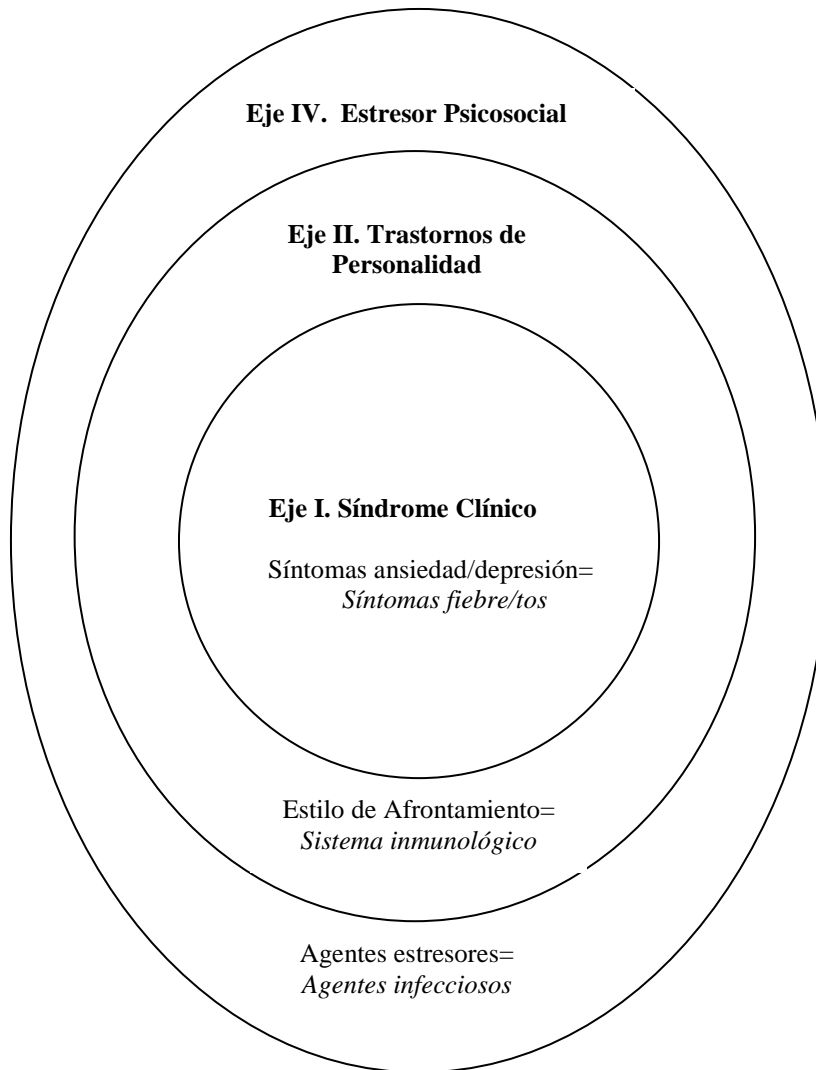
“La medicina ha aprendido que ni los síntomas -los estornudos y las toses- ni tampoco las infecciones intrusas -los virus y las bacterias- son la clave de la salud o la enfermedad. Más bien, el último determinante es la competencia de la propia capacidad defensiva del cuerpo. Así, también en la psicopatología, la clave del bienestar psicológico no es ni la ansiedad ni la depresión, ni los estresores de la temprana niñez o de la vida contemporánea. Más bien, es el equivalente mental del sistema inmunológico del cuerpo –aquella estructura y estilo de procesos psíquicos que representan nuestra capacidad general de percibir y de afrontar nuestro mundo psicosocial - es decir, el constructo psicológico que denominamos personalidad” (Pg. 191).

Esta analogía expone que el sistema inmunitario del cuerpo es comparable a la capacidad de afrontamiento, es decir a la personalidad (Eje II), que los virus y agentes infecciosos son el equivalente a los estresores psicosociales (Eje IV), mientras que los síntomas como la fiebre o la tos son análogos a la depresión o ansiedad (Eje I), e indica que la clave del bienestar estaría por lo tanto en la personalidad, en su capacidad de afrontamiento

de las situaciones estresantes psicosociales para el no desarrollo de síntomas como serían la ansiedad y la depresión.

Esta analogía puede observar en el siguiente figura 4.

Figura 4. Analogía entre la salud física y mental (T. Millon, 2004)



Otra gran aportación del modelo de T. Millon es la construcción de instrumentos de medida derivados de su modelo teórico. Uno de ellos, el Inventario Clínico Multiaxial (en sus tres versiones, I; II y III) es el que más referencias bibliográficas aporta a nivel mundial en el estudio y evaluación de los trastornos de personalidad.

Actualmente, los sistemas de clasificación más importantes de los trastornos de personalidad son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM,

American Psychiatric Association, 2002) y la Clasificación Internacional de las Enfermedades Mentales (CIE-10, Organización Mundial de la Salud, 2004). Aquí nos centraremos en el DSM-IV-TR, donde se les dedica casi en exclusiva el Eje II en su planteamiento multiaxial. A continuación, en la tabla 11 se presentan los criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad según el DSM-IV-TR.

Tabla 11. Criterios diagnósticos generales para un trastorno de la personalidad según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002)

-
- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las áreas siguientes:
1. Cognición (p. ej., formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a los demás y a los acontecimientos)
 2. Afectividad (p. ej., la gama, intensidad, labilidad y adecuación de la respuesta emocional)
 3. Actividad interpersonal
 4. Control de los impulsos
- B. Este patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
- C. Este patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.
- D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o al principio de la edad adulta.
- E. El patrón persistente no es atribuible a una manifestación o a una consecuencia de otro trastorno mental.
- F. El patrón persistente no es debido a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a una enfermedad médica (p. ej., traumatismo craneal).
-

Tomando como referencia el DSM-IV-TR, los trastornos de personalidad se pueden integrar en tres bloques: El grupo A, formado por los “individuos extraños o excéntricos”, que incluye los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad. El grupo

B, integrado por aquellos “individuos con problemas en las relaciones interpersonales”, que está compuesto por los trastornos antisocial, límite, histriónico y narcisista. Y el grupo C, compuesto por los “sujetos con problemas intrapsíquicos”, que está integrado por los trastornos obsesivo-compulsivo, por dependencia y por evitación.

Los diferentes estudios sobre los hombres que han ejercido la violencia de pareja, sugieren una alta prevalencia de los trastornos de personalidad en esta población determinada (D. G. Dutton y Sonkin, 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008; Hamberger y Hastings, 1986; Hamberger y Hastings, 1988; Hamberger y Hastings, 1991; Hart et al., 1993; Loinaz, 2009; Loinaz et al., 2010; Saunders, 1992).

Así, numerosas investigaciones de los perfiles de los hombres maltratadores se han centrado en el estudio de los rasgos o trastornos de personalidad, como por ejemplo, del trastorno antisocial o límite, dado que son trastornos que aparecen con frecuencia asociados al uso de la violencia en las relaciones de pareja (p. ej., Amor et al., 2009; D. G. Dutton et al., 1994; Else, Wonderlich, Beatty y Christie, 1993; Greene et al., 1994; Hamberger y Hastings, 1986; R. Johnson et al., 2006; Tweed y D. G. Dutton, 1998).

Estos estudios han utilizado diferentes instrumentos de medida de los trastornos de la personalidad, como por ejemplo el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (Else et al., 1993; Flournoy y Wilson, 1991; Greene et al., 1994; Hale et al., 1988; Langhinrichsen-Rohling et al., 2000) y el Inventario Clínico Multiaxial de Millon (Hamberger et al., 1996; R. Johnson et al., 2006; Rothschild, Dimson, Storaasli y Clapp, 1997; Tweed y D. G. Dutton, 1998; Waltz et al., 2000; R. J. White y Gondolf, 2000)

Estos estudios han realizado análisis de los rasgos y trastornos de la personalidad asociados a los hombres violentos en la relación de pareja. Así, D. G. Dutton y Starzomski (1993) estudiaron una muestra de 78 agresores y encontraron que el 78% de la muestra tenía trastornos de la personalidad, siendo el de mayor prevalencia el trastorno disfórico/límite

(37%). Hart, D. G. Dutton y Newlove (1993) encontraron en su estudio que el 80% de su muestra presentaba trastornos de la personalidad según el MCMI-II (T. Millon, 1987), aunque este porcentaje disminuía hasta el 50% en la Entrevista Clínica Semiestructurada para los Trastornos de Personalidad (PDE; Loranger, 1988). En nuestro país, Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) analizaron la presencia de trastornos de la personalidad en maltratadores en prisión, y encontraron que el 87% de la muestra presentaba como mínimo un trastorno, siendo los más prevalentes el trastorno obsesivo-compulsivo (57,8%), el dependiente (43,2%) y el paranoide (25%). Los resultados encontrados por Loinaz (2009) fueron diferentes, también en una muestra de agresores en prisión en nuestro país, ya que encontró utilizando, el MCMI-III (T. Millon et al., 1994; adaptación española de Cardenal y Sánchez, 2007), que sólo el 38% de su muestra presentaba algún trastorno de la personalidad.

A continuación, se presentará una descripción de aquellos trastornos de la personalidad que se han asociado más intensamente a la violencia dentro de las relaciones de pareja. Éstos son: El trastorno paranoide de la personalidad, el trastorno límite de la personalidad, el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, el trastorno de personalidad narcisista, el trastorno de personalidad por dependencia, el trastorno histriónico de la personalidad y el trastorno antisocial de la personalidad.

2.3.1.1. El trastorno paranoide de la personalidad.

A nivel cognitivo las personas con este trastorno de la personalidad se caracterizan por la suspicacia y por tener ideas preconcebidas basadas en la desconfianza profunda e infundada (Sperry, 2003). Esta suspicacia es una cognición activa (Shapiro, 1965), así, estas personas analizan cuidadosamente cada situación y evento en busca de pruebas que confirmen sus ideas preconcebidas de desconfianza (Sperry, 2003). Presentan importantes sesgos atribucionales en relación a las intenciones de los demás (Pretzer, 1988), lo que se

traduce en una tendencia a interpretar las intenciones de los demás como maliciosas. Su temor principal es el ser manipulado, controlado, infravalorado o discriminado (A. T. Beck, Freeman, Davis y otros, 2005), y sus sospechas suelen girar en torno a la idea preconcebida de que los demás se van a aprovechar de ellos, explotarlos, hacerles daño o les van a engañar. Esto conlleva a que sus estrategias habituales impliquen la hipervigilancia y el prestar atención a los mensajes con dobles sentidos u motivaciones ocultas (A. T. Beck et al., 2005; T. Millon et al., 2004). Además, tienden a dudar de la lealtad de sus amigos o socios y a mostrar celos patológicos hacia su pareja. Son muy sensibles a las críticas y culpan fácilmente a los demás o al destino por sus desgracias (Sullivan, 1956). Cuando perciben que se está atacando a su persona o a su reputación pueden reaccionar de manera agresiva (Sperry, 2003). Afectivamente son individuos fríos, distantes, sin sentido del humor, egocéntricos y rígidos.

Dentro de las relaciones de pareja, los hombres maltratadores de estas características pueden ser desconfiados y culpabilizadores. Pueden presentar un control excesivo sobre su pareja o celos patológicos, y reaccionar con agresividad ante la percepción de que son engañados, manipulados o discriminados. Asimismo, pueden reaccionar de forma violenta ante el miedo al abandono.

Los criterios para el diagnóstico del trastorno paranoide de la personalidad según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) son los siguientes:

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. Sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o les van a engañar.

2. Preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios.

3. Reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra.

4. En las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores.

5. Alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios.

6. Percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar.

7. Sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel.

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no son debidas a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

La prevalencia de este trastorno en la población general oscila entre el 0'5 y el 2'5 %. En los pacientes ambulatorios de salud mental la prevalencia se sitúa entre el 2% y el 10%, siendo considerablemente mayor en la población clínica de los hospitales psiquiátricos con una prevalencia del 10-30%. El diagnóstico es mayor en hombres que en mujeres (DSM-IV-TR: American Psychiatric Association, 2002).

En el ámbito de la violencia en las relaciones de pareja, la prevalencia de patrones clínicos de este trastorno oscila entre un 10% y un 25%. Por ejemplo, en un estudio, Gondolf (1999) encontró en una muestra de 840 hombres que habían ejercido malos tratos hacia sus parejas que un 10% de los hombres tenían puntuaciones iguales o superiores a 75 en la escala del trastorno de personalidad paranoide del MCMI-III (T. Millon et al., 1994). Una puntuación de 75 o más en esta prueba indica la existencia de rasgos de personalidad

clínicamente significativos (Cardenal y Sánchez, 2007) pero no la existencia de un trastorno, para el que la puntuación tendría que ser igual o superior a 85. Esto sugería que el 10% de su muestra mostraba un patrón de personalidad de estas características.

Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) llevaron recientemente a cabo un estudio sobre los trastornos de personalidad y psicopatía en una muestra de 76 hombres condenados por violencia grave contra su pareja y encontraron que un 86,8% de la muestra presentaba al menos un trastorno de la personalidad según el MCMI-II (T. Millon, 1998). El trastorno paranoide era el tercero de mayor prevalencia con una tasa del 25%. Asimismo, otro estudio en un centro penitenciario catalán (Loinaz, 2009) en el que se utilizó la tercera versión adaptada al español del MCMI (Cardenal y Sánchez, 2007) encontró que un 17% de la muestra presentaba un patrón clínico de personalidad paranoide.

2.3.1.2. El trastorno límite de la personalidad.

Las personas con este trastorno se caracterizan por un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la imagen de uno mismo y de los afectos, y por la presencia de una notable impulsividad (Caballo, 1998). Tienen, asimismo, una notable alteración de la identidad, que se manifiesta por la incertidumbre ante temas vitales que les conduce a una sensación de vacío y aburrimiento. Pueden presentar manifestaciones explosivas e incluso violentas al ser frustrados en sus actos impulsivos. Son tendentes a conductas autolesivas o gestos suicidas. Tienen frecuentes cambios de humor y se implican en relaciones intensas e inestables, donde suelen pasar de la idealización a la devaluación. No soportan la soledad y realizan grandes esfuerzos para evitar el abandono real o imaginario (American Psychiatric Association, 2002). Este trastorno se solapa con frecuencia con otros trastornos del Eje I, especialmente con el abuso de sustancias, los trastornos del estado de ánimo, el trastorno de estrés postraumático, el trastorno por pánico y el déficit de atención (Derksen, 1995).

Dentro de las relaciones de pareja, dado el carácter impulsivo de estos hombres, el comportamiento violento podría aparecer ante situaciones frustrantes y como reacción al miedo al abandono. Además, dados los cambios de humor bruscos y frecuentes de estas personas, éstos pueden ir acompañados de la tendencia de pasar de idealizar a la víctima a devaluarla. Asimismo, podrían darse amenazas de suicidio o agresión ante el intento de abandono de la víctima, dada su evitación constante a la posibilidad de un abandono real o imaginario (American Psychiatric Association, 2002; Othmer y Othmer, 1994). Sus agresiones pueden no estar asociadas a ninguna circunstancia inmediata y conllevar arrepentimiento posterior (Holtzworth-Munroe, 2000; R. J. White y Gondolf, 2000). Este tipo de agresores pueden llegar a las intervenciones psicológicas en estado confuso, agitado o depresivo (Holtzworth-Munroe, 2000).

Los criterios para el diagnóstico de este trastorno de la personalidad según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) son los siguientes:

- Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. (No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5).

2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.

3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.

4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). (No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5).

5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.

6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)

7. Sentimientos crónicos de vacío.

8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).

9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

La prevalencia de este trastorno en la población general es del 2%. En el ámbito clínico las cifras ascienden al 10-20%. Siendo un 10% para aquellas personas que son atendidas a nivel ambulatorio y un 20% para los pacientes psiquiátricos ingresados. Dentro de las poblaciones clínicas con trastornos de personalidad, la prevalencia se sitúa entre el 30 y el 60% (American Psychiatric Association, 2002).

En relación a la violencia en la pareja, son muchos los estudios que consideran este tipo de personalidad como característica de un subtipo de hombres agresores (p. ej., R. Johnson et al., 2006; Langhinrichsen-Rohling et al., 2000; Tweed y D. G. Dutton, 1998; R. J. White y Gondolf, 2000). Si bien, algunos autores no llegan a considerar el diagnóstico de trastorno de personalidad límite puro en sus estudios, sino la Organización Límite de la Personalidad (D. G. Dutton, 1994a).

Las prevalencias en los maltratadores difieren en función de las medidas que se hayan utilizado para la valoración del trastorno (entre un 5% y un 38%). Así, Gondolf (1999), en el estudio que llevó a cabo con una muestra de 840 hombres que se encontraban en tratamiento por orden judicial o voluntariamente y utilizando el MCMI-III (T. Millon et al., 1994)

encontró que el 6% tenía puntuaciones superiores a 75. Un 5% de aquellos que acudían por orden judicial y un 14% de los voluntarios tenían rasgos de este trastorno. Un resultado similar obtuvieron Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) en su estudio realizado en las prisiones de nuestro país. Estos autores encontraron que el 5,2% tenía puntuaciones iguales o superiores a 85 en el MCMI-II (T. Millon, 1998), lo que indicaría la presencia de este trastorno de la personalidad.

Hay otros estudios cuyos resultados indicarían una mayor prevalencia de este trastorno. D. G. Dutton y Kerry (1999) realizaron una investigación para estudiar el *modus operandi* y los trastornos de personalidad prevalentes en una muestra de 90 hombres que habían cometido uxoricidio. Estudiaron las historias forenses de estos hombres y encontraron que 50 de ellos habían respondido al MCMI-II (T. Millon, 1987) en su peritación forense y que de éstos el 34% presentaba el trastorno de personalidad límite. Asimismo, con una muestra de 50 hombres violentos hacia sus parejas pero que no habían cometido uxoricidio, encontraron que el 38,2% de los mismos presentaba este trastorno de la personalidad según el MCMI-II (T. Millon, 1987). Previamente, D. G. Dutton y Starzomski (1993) habían estudiado una muestra de 78 agresores de pareja y habían encontrado que el 78% de la muestra tenía trastornos de la personalidad, siendo el de mayor prevalencia el trastorno límite (37%). Finalmente, R. Johnson et al. (2006) encontraron en su muestra de 336 hombres agresores que el 28% presentaba características del trastorno límite/emocionalmente dependiente.

Diversos estudios asocian este trastorno al subtipo de agresor que es violento principalmente en la familia. Así, en un estudio en el que se compararon los informes psicológicos de hombres violentos contra la pareja, violentos contra extraños y no violentos se encontró que los violentos contra la pareja presentaban características de personalidad límite, narcisista o mixto, mientras que los que eran violentos tanto hacia la pareja como

hacia extraños tenían características del trastorno antisocial de la personalidad (D. G. Dutton y Hart, 1992).

2.3.1.3. El trastorno narcisista de la personalidad.

Las personas con este trastorno de la personalidad presentan un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía (American Psychiatric Association, 2002). Son personas con un exagerado sentido de la autoimportancia, se consideran especiales y esperan recibir un trato acorde con su valía. Las personas con este trastorno quieren hacer las cosas a su manera y tienen baja tolerancia a la crítica, pudiendo enfadarse cuando alguien les critica. Suelen exigir una admiración excesiva y ser pretenciosos y arrogantes, pudiendo atraer a otras personas con el objetivo de explotarlas para la consecución de sus objetivos e intereses (Sperry, 2003). Suelen ser reacios a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás, así como sentir que están por encima de las normas y que merecen un trato especial a este respecto (A. T. Beck et al., 2005).

Dentro del trastorno narcisista de la personalidad Millon (T. Millon y Grossman, 1999; T. Millon et al., 2004) distingue entre cuatro subtipos: a) El subtipo narcisista sin escrúpulos, que es aquel que combina la autoconfianza del narcisista con el comportamiento criminal del antisocial y suele caracterizarse por ser desleal, arrogante, fraudulento, amoral, vengativo y explotador. b) El subtipo apasionado, que es aquel que combina las características del narcisista básico con los rasgos de personalidad histriónicos y suele caracterizarse por la seducción y la utilización de los demás para la satisfacción de sus propios deseos, la explotación sexual de los demás y las infidelidades. c) El narcisista elitista es aquel que se siente especial y un privilegiado, y espera que los demás le complazcan, así como busca un estatus especial que cree que le corresponde. Y por último, (d) el narcisista compensador, que es aquel que ha vivido situaciones en la infancia que le han dejado un

sentimiento de deficiencia e inferioridad que compensa y oculta mediante el desarrollo de una ilusión de superioridad. Estas personas tienden a ser excesivamente sensibles a la crítica. Por su parte, la terapia de esquemas, considera la existencia de dos subtipos de narcisismo o grandiosidad (Young , Klosko y Weishaar, 2003), por una parte, el narcisismo o grandiosidad pura, la cual incluiría los tres primeros subtipos de T. Millon (T. Millon y Grossman, 1999; T. Millon et al., 2004) y que estaría formada por aquellos sujetos cuya característica fundamental sería la autoconfianza y que provendría de una falta de límites y no asunción de responsabilidades con respecto a los demás y a la propia conducta, y por otro, el narcisismo o grandiosidad frágil, que sería aquella que incluiría aquellas personas cuya grandiosidad aparecería como una forma de sobrecompensar los sentimientos subyacentes de imperfección y privación emocional, y que incluiría el subtipo narcisista compensador propuesto por T. Millon (T. Millon y Grossman, 1999; T. Millon et al., 2004).

En el ámbito de la violencia de pareja los hombres con un trastorno de personalidad narcisista pueden ejercer la violencia cuando sienten que su pareja no está reconociendo su valía. Dado que son muy sensibles a la crítica o la oposición, pueden sentirse ofendidos y actuar de manera agresiva (R. J. White y Gondolf, 2000). Además, estas personas pueden pensar que la única preocupación de su pareja ha de ser la de proporcionarles la felicidad y bienestar. Asimismo, con su tendencia a explotar a los demás con el fin de conseguir sus objetivos pueden recurrir a la violencia para conseguir un trato especial por parte de su pareja.

Según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) los criterios diagnósticos para el trastorno narcisista de la personalidad son los siguientes:

- Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados).
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios.
3. Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status.
4. Exige una admiración excesiva.
5. Es muy pretencioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas.
6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas.
7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás.
8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás le envidian a él.
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbias.

La prevalencia de este trastorno en la población general es menor del 1%, aunque en poblaciones clínicas estas cifras aumentan y oscilan entre el 2% y el 16% (American Psychiatric Association, 2002), con una tendencia a aumentar debido a la falta de límites en la educación actual.

En la población de hombres maltratadores, este trastorno ha aparecido en diversos estudios, y presenta una prevalencia que oscila entre el 16% y el 25%. En Estados Unidos, Gondolf (1999) encontró que el 13% de su muestra total de agresores presentaba un trastorno de personalidad narcisista y un 25% tenía rasgos de personalidad clínicamente significativos de este trastorno. De entre aquellos que tenían estos rasgos de la personalidad el 27% acudían a tratamiento por orden judicial y el 16% lo hacían voluntariamente.

En nuestro país, Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) encontraron que un 17,1% de su muestra de hombres condenados por violencia de pareja presentaba este trastorno. Asimismo, Loinaz (2009) encontró recientemente que el 6% de su muestra presentaba el trastorno de personalidad narcisista y que el 22% de ella presentaba rasgos clínicamente significativos del mismo.

2.3.1.4. El trastorno antisocial de la personalidad.

El trastorno antisocial de la personalidad se caracteriza por un patrón de conducta irresponsable y al margen de las normas sociales, donde predominan el desprecio y la violación de los derechos de los demás y cuyos signos iniciales aparecen en las etapas infantiles o en la adolescencia y continúan en la edad adulta. Las personas con este trastorno de la personalidad no se adaptan a las normas sociales y esto conlleva el que cometan actos delictivos que les hacen tener que acudir ante la justicia. Suelen ser personas irritables y agresivas, que protagonizan actos violentos, tanto dentro como fuera del hogar. Suelen actuar de forma temeraria e irresponsable sin preocuparse por la seguridad propia o ajena, así como suelen ser proclives a no asumir las responsabilidades paternas o conyugales que les corresponden. Además, se caracterizan por presentar falta de empatía y ser insensibles, cínicos y menospreciar los sentimientos y derechos de los demás, con tendencia a culpar de sus comportamientos a los demás y sin presentar remordimientos tras sus conductas deshonestas, agresivas o impulsivas (American Psychiatric Association, 2002).

Es importante diferenciar entre los conceptos de comportamiento antisocial y psicopatía. El primero de ellos se refiere al hecho de tener comportamientos y un estilo de vida desviado socialmente (Hare, 2000; Hare, Clark, Grann y Thornton, 2000), mientras que el segundo concepto implica un componente relacional y afectivo. Los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR hacen especial énfasis en el componente de desviación social y menos hincapié en el componente relacional y afectivo.

Así, los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) para el trastorno de la personalidad antisocial son los siguientes:

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres (o más) de los siguientes ítems:

1. Fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención

2. Deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer.

3. Impulsividad o incapacidad para planificar el futuro.

4. Irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones.

5. Despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás.

6. Irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas.

7. Falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación del haber dañado, maltratado o robado a otros.

B. El sujeto tiene al menos 18 años.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco.

Por su parte, la psicopatía se caracteriza por la ausencia de vínculos íntimos y por la manipulación egoísta de los demás (Patrick, 2000). Las personas con este tipo de personalidad actúan como depredadores sociales, con deficiencias o ausencias en los inhibidores de la violencia como serían la empatía, el miedo al castigo, los sentimientos de culpa y los vínculos emocionales, mientras que predominan el egocentrismo, la autojustificación, la impulsividad, la desinhibición comportamental, el narcisismo y la necesidad de control y poder (Hare,

2000). La principal diferencia entre un diagnóstico u otro se basa en el componente relacional/afectivo. La mayoría de los psicópatas cumplen los criterios para el diagnóstico del trastorno de la personalidad antisocial, pero la mayoría de personas con el diagnóstico de personalidad antisocial no son psicópatas (Hare et al., 2000). Para el diagnóstico de la psicopatía la escala más utilizada es el *Psychopathy Checklist* (PCL), desarrollada y revisada por Hare (PCL: Hare, 1980; PCL-R: Hare, 1991). Esta escala consta de dos grupos de factores o rasgos, el primero de ellos refleja el componente afectivo e interpersonal, mientras que el segundo de ellos se centra en la desviación social. En la tabla 12 se presentan ambos factores de la escala.

Tabla 12. Ítems y factores de la PCL-R (Hare, 2000)

FACTOR AFECTIVO E INTERPERSONAL	FACTOR DE DESVIACIÓN SOCIAL
1. Locuacidad/ encanto superficial	3. Necesidad de estimulación / propensión al aburrimiento
2. Sensación grandiosa de autovalía	9. Estilo de vida parasitario.
4. Mentiras patológicas	10. Escaso control del comportamiento.
5. Engaños/ manipulación	12. Problemas de conducta tempranos.
6. Ausencia de remordimientos y culpabilidad.	13. Falta de metas realistas a largo plazo.
7. Escasa profundidad en los afectos	14. Impulsividad.
8. Insensibilidad/ Falta de empatía	15. Irresponsabilidad.
16. No acepta la responsabilidad de sus acciones.	18. Delincuencia juvenil.
	19. Revocación de la libertad condicional.
Ítems adicionales que no se encuentran en los factores previos.	
11. Conducta sexual promiscua.	
17. Muchas relaciones matrimoniales.	
20. Versatilidad criminal.	

Nota de Hare (1991): el evaluador utiliza criterios específicos e información de entrevistas y de expedientes para puntuar cada ítem en una escala de 3 puntos (0, 1 y 2)

Dentro de las relaciones de pareja, las personas con este tipo de personalidad se preocuparán principalmente por el poder y el control y no de las necesidades de su pareja o de sus hijos, con un desapego emocional hacia ellos. Debido a la tendencia a la explotación de la pareja para su beneficio propio, es muy posible que la engañe, mienta y se aproveche de ella a nivel económico, psicológico, físico y sexual. El abuso puede ser principalmente psicológico, pasando a la agresión física para lograr el control y su propia satisfacción, sin que existan remordimientos posteriores y culpabilizando a la víctima de sus actos.

Garrido (2001) realizó una tipología de los psicópatas: El posesivo, el instrumental y el mixto. El agresor psicópata posesivo es aquel que restringe la libertad de su víctima y cuyo interés principal es el de tener dominio y control sobre su pareja. El agresor psicopático instrumental se caracteriza por la búsqueda de su beneficio a través de la explotación de su pareja, con tendencia a manipular y a destruir su autoestima con el objetivo de obtener beneficios. Y, por último, el agresor psicópata mixto se caracteriza por dominar a su pareja y explotarla económicamente. Para este autor, entre el 20% y el 30% de los agresores físicos de pareja son psicópatas.

Según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), la prevalencia general del trastorno antisocial de la personalidad es de un 1-3% en la población general. Siendo la tasa de un 3% aproximadamente en los hombres y un 1% en las mujeres. La prevalencia de este trastorno en las poblaciones clínicas varía del 3 al 30% en función de las características predominantes de las muestras, siendo mayor en los centros de tratamiento de abuso de sustancias, en las prisiones y en el ámbito forense. La tasa en las poblaciones penitenciarias es mucho mayor, así, en el PCL-R se estima que la tasa de personas con trastorno de la personalidad antisocial en las prisiones asciende al 70-80%, siendo la tasa para la psicopatía del 25-30% en poblaciones penitenciarias y de un 15% en pacientes psiquiátricos penitenciarios.

En la violencia contra la pareja, la prevalencia de este trastorno oscila entre el 17% y el 45%. Gondolf (1999) encontró que el 19% de su muestra presentaba puntuaciones superiores a 75 en el MCMI-III (T. Millon et al., 1994) en la escala del trastorno antisocial de la personalidad, en concreto el 17% de aquellos que acudían por orden judicial a tratamiento y el 27% de los que acudían de forma voluntaria. Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) encontraron un resultado similar: El 19,7% de su muestra presentaba el trastorno antisocial de la personalidad según el MCMI-II (T. Millon, 1998). De ellos, el 7,1% eran uxoricidas. En cuanto a la psicopatía, estos autores encontraron que aunque ningún hombre de su muestra obtenía un diagnóstico claro de psicopatía según el PCL-R, el 14% de la misma presentaba tendencias psicopáticas según esta escala. Un 30% de aquellos que presentaban el trastorno de personalidad antisocial presentaban estas tendencias psicopáticas.

D. G. Dutton y Kerry (1999) encontraron una tasa mayor de este trastorno en su estudio. Así, el 33% de los uxoricidas y el 44% de los no uxoricidas de su muestra presentaban el trastorno de personalidad antisocial. Hart, D. G. Dutton y Newlove (1993) habían encontrado previamente resultados similares con una prevalencia de conducta antisocial del 45% en la muestra de hombres enviados por los tribunales y del 37,5% en el grupo de voluntarios.

2.3.1.5. El trastorno histriónico de la personalidad.

Las personas con este trastorno de la personalidad se caracterizan por querer ser el centro de atención en prácticamente todas las situaciones. Suelen ser seductoras y provocadoras con una excesiva expresión emocional que es cambiante y superficial, y se caracteriza por la teatralidad y la dramatización. Tienden a hablar de forma subjetiva y sin matices, y son influenciables. Asimismo, tienen tendencia a pensar que las relaciones que mantienen son más íntimas de lo que realmente son (American Psychiatric Association, 2002).

Estas personas tienen la tendencia a verse a sí mismas como encantadoras y merecedoras de atención, y su autoestima depende de las expresiones continuas de afecto por parte de los demás (A. T. Beck et al., 2005). Las estrategias que utilizan se basan en su demostración constante de afecto con el objetivo de recibir atención. Sin embargo si no consiguen este objetivo o consideran que son tratados de manera injusta pueden intentar conseguir sus objetivos con expresiones teatrales de dolor e ira, esto es, con conductas suicidas o violentas (A. T. Beck et al., 2005).

Dentro de las relaciones de pareja, un agresor de estas características puede ser muy manipulador (Sperry, 2003), así como mostrar una excesiva carga emocional en todas las interacciones, ya sean positivas o negativas. Así, un hombre con este trastorno de la personalidad podría mostrarse encantador y seductor con su pareja cuando considera que está recibiendo la atención que se merece y ella se muestre constantemente pendiente de él y de su satisfacción. Sin embargo, en los momentos en los que no considere que está siendo tratado de la manera que él considera o cuando no está siendo el centro de atención de su pareja, el hombre con estas características podría mostrar un repertorio de conductas teatrales de ira o de amenazas de suicidio.

Los criterios diagnósticos según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) para el trastorno histriónico de la personalidad son los siguientes:

- Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. No se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención.
2. La interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador.
3. Muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante.

4. Utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo.
5. Tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices.
6. Muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional.
7. Es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciado por los demás o por las circunstancias.
8. Considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad.

La prevalencia de este trastorno en la población general es de un 2-3%, siendo mayor en mujeres que en hombres. En poblaciones clínicas estas cifras aumentan y oscilan entre el 10% y el 15% (American Psychiatric Association, 2002).

En la población de hombres maltratadores, este trastorno ha aparecido en diversos estudios, y su prevalencia oscila entre el 5% y el 21%. En Estados Unidos, Gondolf (1999) encontró que el 5% de su muestra total de agresores presentaba rasgos de personalidad clínicamente significativos de este trastorno de la personalidad. En nuestro país, los resultados encontrados indican mayores índices de este trastorno en la población de agresores de pareja en las prisiones del estado. Así, Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) encontraron que un 15,7% de su muestra de hombres presentaba este trastorno de la personalidad. Además, de los hombres de su muestra que habían cometido uxoricidio, el 21,4% presentaban este trastorno de la personalidad. Asimismo, Loinaz (2009) encontró que el 12% de su muestra presentaba el trastorno histriónico de la personalidad y que el 18% de ella presentaba rasgos clínicamente significativos del mismo.

2.3.1.6. El trastorno de personalidad por dependencia.

Las personas con este trastorno de la personalidad presentan dificultades para tomar decisiones en la vida cotidiana, por lo que buscan constantemente el consejo de los demás y esperan que los demás asuman las responsabilidades en las áreas importantes de su vida. Tienen una necesidad excesiva y general de ser cuidados, lo que les lleva a un

comportamiento de sumisión con un miedo exagerado a la separación. No toleran la soledad y tras una ruptura sentimental buscan otra relación de forma urgente como forma de apoyo y para evitar la soledad. Se caracterizan por un miedo permanente al abandono y al rechazo, pesimismo, dudas sobre uno mismo, pasividad y miedo a expresar sentimientos agresivos (American Psychiatric Association, 2002). Además, tienden a verse a sí mismos como débiles, frágiles, inadecuados o incompetentes (A. T. Beck et al., 2005; T. Millon et al., 2004).

Dentro de las relaciones de pareja, es posible que estos hombres ejerzan una violencia más psicológica que física, mediante el intento de aislamiento social de la víctima a la que quieren en exclusividad. Asimismo, necesitan un acceso constante hacia la persona con la que mantienen una relación, lo que podría traducirse en un agobio asfixiante con continuas llamadas y mensajes. Además, los celos podrían ser una característica en estas relaciones dado el miedo al abandono del hombre. Ante una ruptura, los hombres maltratadores de estas características podrían amenazar con el suicidio. Su idea de la pareja como una posesión que le abandona, podría conllevar actos de agresión física.

Los Criterios para el diagnóstico del trastorno de la personalidad por dependencia son según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002):

- Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. Tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo consejo y reafirmación por parte de los demás.
2. Necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida.

3. Tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas.

4. Tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía).

5. Va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables.

6. Se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo.

7. Cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita.

8. Está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo.

Este trastorno de la personalidad está entre los trastornos de la personalidad encontrados con mayor frecuencia en las clínicas de salud mental (American Psychiatric Association, 2002).

En las personas que ejercen la violencia contra su pareja, los datos oscilan entre el 3% y el 46%. Así, Gondolf (1999) encontró en su estudio que el 16% de su muestra presentaba rasgos de personalidad clínicamente significativos de este trastorno, en concreto, un 15% de aquellos que acudían por orden judicial y un 22% de los voluntarios presentaban estos rasgos clínicos.

Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008), encontraron en su estudio una cifra mucho mayor que la encontrada por Gondolf en Estados Unidos. En su muestra, un 34,2% presentaba este trastorno de la personalidad. Mayor es aún el resultado obtenido por D. G. Dutton y Kerry (1999), quienes encontraron que un 46% de su muestra de uxoricidas

presentaba este trastorno de la personalidad y que tan sólo un 3% de los agresores que no habían cometido uxoricidio lo presentaba.

Aunque son pocos los estudios que encuentran este trastorno de la personalidad en sus muestras de hombres agresores. Parece que la dependencia emocional es un rasgo característico de ciertos hombres violentos con sus parejas. Robert Bornstein (2006) expone que aunque las diferentes medidas del trastorno de personalidad por dependencia no han dado resultados significativos para los hombres agresores, un estudio más profundo de la dependencia emocional de éstos sí que aportaría información importante al respecto. Así, hay diversos estudios que con otros instrumentos de medida, como son el *Interpersonal Dependency Inventory* de Hirschfeld et al. (1977) y el *Spouse-Specific Dependency Scale* de Rathus y O'Leary (1997) han concluido que hay una relación significativa entre la violencia de pareja y la dependencia emocional del agresor (Holtzworth-Munroe et al., 1997; Kane, Staiger y Ricciardelli, 2000; Murphy et al., 1994).

2.3.1.7. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

Las personas con este trastorno de la personalidad se caracterizan por un patrón generalizado de preocupación por el orden, el perfeccionismo y por el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia. Son personas rígidas que con frecuencia se marcan objetivos inalcanzables. Presentan falta de decisión, dudas y preocupaciones excesivas por los detalles, reglas, listas, orden, organización y horarios. Son inflexibles y escrupulosos. Son obstinados y suelen insistir en que los demás se sometan a su forma de hacer las cosas. Suelen tener pocas habilidades sociales y las situaciones que amenazan su rutina les producen ansiedad. Además, suelen ser avaros en los gastos tanto para sí mismos como para los demás (American Psychiatric Association, 2002). Asimismo, estas personas pueden percibir a los demás como despreocupados, irresponsables

o incompetentes, así como ser proclives a castigar a los demás y así mismos (A. T. Beck et al., 2005).

Dentro de las relaciones de pareja, un agresor de estas características puede mostrarse excesivamente estricto e inflexible en las normas, horarios y gastos. De esta manera, podría controlar los gastos y horarios de su pareja y actuar violentamente tras la percepción de que no se están haciendo las cosas de la forma que él quiere. Además, este tipo de personas pueden hacer que la víctima sienta que nunca consigue hacer las cosas bien y que es castigada cada vez que no se hacen las cosas como su pareja establece.

Los criterios para el diagnóstico de este trastorno según el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) son:

- Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. Preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad.

2. Perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas).

3. Dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes).

4. Excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión).

5. Incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental.

6. Es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas.

7. Adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras.

8. Muestra rigidez y obstinación.

La prevalencia de este trastorno en la población general es del 1% y en la población ambulatoria de un 3-10% (American Psychiatric Association, 2002).

En los agresores de pareja los datos oscilan entre el 10% y el 57%. Gondolf (1999) encontró en su estudio que el 10% de su muestra presentaba rasgos clínicamente significativos de este trastorno de la personalidad, en concreto un 12% de aquellos que acudían a tratamiento por orden judicial y un 3% de los que acudían de forma voluntaria. Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) encontraron en su estudio un porcentaje mucho mayor que el registrado por Gondolf (1999). Así, el 50% de los hombres que habían cometido uxoricidio y el 51% de los que no habían asesinado a su pareja tenían este trastorno de la personalidad según el MCMI-II (T. Millon, 1987). Del total de su muestra, el 57% presentaba este trastorno. También en nuestro país, Loinaz (2009) encontró en su muestra de hombres condenados por violencia de pareja, que el 34% presentaba un patrón clínico de este trastorno (puntuaciones en el MCMI-III mayores o iguales a 75) y el 14% presentaba el trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo.

2.3.1.8. Otros trastornos de personalidad asociados según otras clasificaciones.

El trastorno agresivo sádico de la personalidad ha aparecido en los resultados de diversos estudios de poblaciones de maltratadores, por lo que se realizará una breve descripción del mismo.

Este trastorno no se encuentra en la actualidad incluido en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), aunque previamente se encontraba en el DSM-III-R

(American Psychiatric Association., 1987). El Inventario Clínico Multiaxial de Millon en sus diferentes versiones lo incluye en los patrones clínicos que evalúa.

Los criterios diagnósticos según la tercera versión revisada del DSM (American Psychiatric Association, 1987) son los siguientes:

A. Un patrón patológico de conducta cruel, vejatoria y agresiva, que empieza al principio de la edad adulta y se manifiesta por la presentación repetida de al menos cuatro de las siguientes características:

1. Haber utilizado la crueldad física o la violencia con el fin de establecer una relación dominante (no sólo para alcanzar algún objetivo interpersonal, como puede ser, golpear a alguien con el fin de robarle).

2. Humillar o dar un trato vejatorio a alguien en presencia de otros.

3. Tratar o castigar con excesiva dureza a algún subordinado; por ejemplo a un niño, un alumno, un detenido o un paciente.

4. Divertirse o disfrutar con el sufrimiento físico o psicológico de otros (incluidos los animales).

5. Mentir con el fin de causar daño o herir a otros (no sólo para lograr algo).

6. Conseguir que otros hagan la propia voluntad atemorizándoles (desde la intimidación hasta causar verdadero terror).

7. Restringir la autonomía de la gente con la que se tiene una relación más estrecha; por ejemplo, no dejar que la esposa salga de casa sin compañía o que la hija adolescente haga ningún tipo de vida social.

8. Fascinación por la violencia, las armas, las artes marciales, las heridas y la tortura.

C. Existen pruebas de un trastorno disocial que comienza antes de la edad de 15 años.

Dentro de la violencia de pareja, la prevalencia para este trastorno oscila entre el 2% y el 50%. Gondolf (1999) encontró en su estudio que el 9% de su muestra de agresores

manifestaba un patrón clínico de este trastorno, en concreto, el 8% de aquellos que acudía de manera involuntaria y el 17% de los voluntarios. Loinaz (2009) encontró en su muestra que sólo el 2% manifestaba un patrón clínico de estas características, mientras que Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) encontraron que el 5% de su muestra presentaba este trastorno de la personalidad. Mayor es la tasa encontrada por D. G. Dutton y Kerry (1999) en su estudio, donde el 50% de su muestra de agresores que no habían cometido homicidio y el 26% de los homicidas presentaba este trastorno según el MCMI-II (T. Millon, 1987)

El trastorno pasivo-agresivo de la personalidad también se ha relacionado con la violencia en la pareja. D. G. Dutton y Kerry (1999) encontraron que un 61% de su muestra de uxoricidas presentaba este trastorno, mientras que Gondolf (1999) encontró que el 24% de su muestra de agresores presentaba un patrón clínico de este trastorno de la personalidad, siendo el 21% de los agresores que acudían a tratamiento de forma involuntaria y un 37% de los que lo hacían voluntariamente. Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) encontraron que tan sólo el 2% de su muestra presentaba este trastorno, y Loinaz (2009) encontró que el 4% de su muestra presentaba rasgos de personalidad clínicamente significativos del trastorno pasivo-agresivo de la personalidad.

2.3.1.9. Tipologías de agresores de pareja en función de los trastornos de la personalidad.

Numerosas investigaciones de los perfiles de los hombres maltratadores se han centrado en el estudio de los rasgos o trastornos de personalidad, como por ejemplo, del trastorno antisocial o límite, dado que son trastornos que aparecen con frecuencia asociados al uso de la violencia en las relaciones de pareja (p. ej., Amor et al., 2009; D. G. Dutton et al., 1994; Else et al., 1993; Greene et al., 1994; Hamberger y Hastings, 1986; R. Johnson et al., 2006; Tweed y D. G. Dutton, 1998).

Los resultados de los estudios de estas características parecen concluir en que existen dos subtipos de agresores en función de los rasgos o trastornos de personalidad. Estos subtipos serían el antisocial, instrumental o antisocial-narcisista dependiendo de los autores, y el disfórico/límite o límite. En la tabla 13 se presentan las tipologías basadas en los trastornos de la personalidad de los agresores de pareja.

Tabla 13. Tipologías basadas en trastornos de personalidad (adaptado de Holtzworth-Munroe y Stuart,1994, y Dixon y Browne, 2003)

AUTORES	MUESTRA	METODOLOGÍA	TIPOLOGÍAS
Hale et al. (1988)	79 agresores voluntarios-	Análisis de conglomerados a partir del MMPI	- No patológico - Psicopatología o “Faking bad”. - Psicopatía y Depresión.
Flourney y Wilson (1991)	56 Agresores derivados judicialmente a tratamiento	Análisis de conglomerados a partir del MMPI	- No patología - Psicopatía y depresión
Greene, Coles y Johnson (1994)	40 agresores derivados judicialmente a tratamiento	Análisis de conglomerados a partir del MMPI y STAXI	- Normal - Histriónico - Deprimido - Perturbado
Hamberger et al. (1996)	833 agresores derivados judicialmente a tratamiento	Análisis de conglomerados a partir del MCMI	- No patológico - Pasivo-agresivo/dependiente - Antisocial
Rothschild et al. (1997)	183 agresores ex combatientes derivados judicialmente a tratamiento	Análisis de conglomerados a partir del MCMI-II	- Narcisismo subclínico - Personalidad narcisista - Alta psicopatía general y trastorno por abuso o dependencia de drogas

Tabla 13. *Continuación*

AUTORES	MUESTRA	METODOLOGÍA	TIPOLOGÍAS
Tweed y D. G. Dutton (1998)	79 maltratadores físicos derivados a tratamiento, y grupo control de 44 hombres	Análisis de conglomerados a partir del MCMI-II	- Impulsivo - Instrumental
Langhinrichsen-Rohling, Huss y Ramsey (2000).	49 agresores que acudieron a tratamiento (voluntariamente y derivados judicialmente)	- Análisis de conglomerados a partir del MMPI - Reglas de decisión del MMPI y BDI	- Limitado al ámbito familiar - Disfórico/límite - Generalmente violento/antisocial
White y Gondolf (2000)	100 agresores derivados judicialmente a tratamiento	Perfiles del MCMI-III interpretados sistemáticamente según unas directrices	- Estilo depresivo/evitador - Estilo conformista/narcisista - Trastorno límite - Trastorno paranoide - Trastorno narcisista - Trastorno antisocial

Tabla 13. Continuación

AUTORES	MUESTRA	METODOLOGÍA	TIPOLOGÍAS
Holtzworth-Munroe et al., (2000)	102 parejas violentas de la comunidad y 62 parejas no violentas	Análisis de conglomerados a partir del MMPI-II y medidas de violencia	<ul style="list-style-type: none">- Limitado al ámbito familiar- Antisocial de bajo nivel- Disfórico/límite- Generalmente violento/antisocial
Waltz et al. (2000)	75 parejas violentas y 32 parejas sin violencia	Análisis mixtos de dimensiones de violencia y del MCMI-II	<ul style="list-style-type: none">- Limitado al ámbito familiar- Patológico- Generalmente violento
Johnson et al. (2006).	230 agresores derivados judicialmente a tratamiento	Análisis factorial y de conglomerados a partir del MCMI-II y otras medidas	<ul style="list-style-type: none">- Normal- Histriónico- Deprimido- Perturbado
Loinaz (2009)	84 agresores condenados por violencia de pareja	Análisis de conglomerados a partir del MCMI-III CTS-2	<ul style="list-style-type: none">- Baja patología: histriónico, narcisista y compulsivo- Antisocial

2.3.2. Ansiedad y depresión

Otro de los aspectos que se han estudiado dentro del ámbito de la violencia en la pareja ha sido los síntomas depresivos.

La bibliografía existente muestra que los hombres que ejercen la violencia contra sus parejas presentan en mayor medida que la población general trastornos del Eje I del DSM-IV (Calvete, 2008a). En particular, diferentes estudios han encontrado que los maltratadores presentan más síntomas de depresión que los no agresores, aunque en la mayoría de los casos, los síntomas que presentan no son suficientes para el diagnóstico de un cuadro de depresión mayor.

Muchos de los estudios realizados para valorar la relación entre la depresión y la violencia contra la pareja se han basado en la administración del Inventario de Depresión de Beck (BDI: A. T. Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961; BDI-II: A. T. Beck, Steer y Brown, 1996). Maiuro, Cahn, Vitaliano, Wagner y Zegree (1988) encontraron que de los cuatro grupos en los que dividieron su muestra: 39 hombres violentos contra sus parejas, 29 hombres violentos con otras personas pero no hacia sus parejas, 38 hombres violentos en general y 29 hombres no violentos, todos los grupos de hombres violentos tenían más personas cuyas puntuaciones indicaban depresión que el grupo de control. Asimismo, el grupo de personas con mayores síntomas de depresión fue el grupo de los agresores de pareja.

Asimismo, Pan, Neidig y O'Leary (1994) en su estudio sobre los predictores de la violencia física moderada y severa con una muestra de casi 12.000 hombres militares, encontraron que aquellos hombres que ejercían la violencia física hacia sus parejas manifestaban mayor sintomatología depresiva en este inventario que los no violentos. Además, encontraron una correlación positiva entre la severidad de la violencia y la sintomatología depresiva. Los hombres que ejercían una violencia más severa, manifestaban mayor sintomatología que aquellos cuya violencia era moderada. En su estudio, Julian y

McKenry (1993) también encontraron que los hombres maltratadores (n = 42) presentaban mayor sintomatología depresiva que su grupo de control (n = 50).

Otros autores han utilizado otras medidas para valorar este trastorno. Así, Gondolf (1999) encontró que el 11% de la muestra de su estudio presentaba un síndrome clínico de depresión mayor según el MCMI-III (T. Millon et al., 1994). Y de éstos, un 31% habían intentado suicidarse o había amenazado con hacerlo en el pasado. En otra investigación, llevado a cabo en Suecia, se realizó un estudio de todos los hombres que habían cometido uxoricidio en el país en un periodo de 10 años, y se encontró que el 24% de los homicidas se había suicidado tras el crimen y un 9% lo había intentado (Belfrage y Rying, 2004).

No está claro cual es la razón para la alta presencia de síntomas de depresión. Por ejemplo, podría deberse a una correlación con los trastornos de personalidad y abuso de sustancias y con ello a un tipo de personalidad más propensa a los problemas afectivos, o bien los problemas afectivos podrían aparecer tras la decisión de la pareja de iniciar la separación o solicitar ayuda por parte de los servicios existentes, aparecer tras las denuncias de las parejas, los inicios de los procesos judiciales o los ingresos en prisión.

En relación a la ansiedad, diversos estudios han observado una alta presencia de la misma en los hombres agresores (p. ej., Beasley y Stoltenberg, 1992; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Gavazzi, Julian y McKenry, 1996). La dificultad a la hora del estudio de este tipo de cuadro afectivo deriva de las muestras de hombres agresores. En concreto, la mayoría de las personas evaluadas suelen encontrarse en procesos judiciales o legales que pueden influir en el resultado de las pruebas. Así, Gondolf (1999) encontró en su muestra que el 40% de los hombres agresores presentaba problemas de ansiedad, si bien no quiso considerarlo como un factor destacable debido a que lo consideraba como un cuadro reactivo en estos hombres tras haber sido arrestados y obligados a iniciar un tratamiento psicológico. Sin embargo, Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) encontraron que su muestra de

agresores que acudían a tratamiento de forma voluntaria presentaba un perfil ansioso y que el 16% de estos agresores tenía una historia psiquiátrica anterior por haber presentado ansiedad. Beasley y Stoltenberg (1992) encontraron en una muestra de 49 hombres agresores y 35 no agresores pero dentro de una relación de pareja conflictiva, que los primeros presentaban mayores niveles de ansiedad estado y rasgo. Asimismo, Gavazzi et al. (1996) encontraron en su muestra de 152 hombres que los violentos presentaban mayores puntuaciones en la subescala de ansiedad en el *Brief Symptom Inventory* (BSI; Derogatis, 1975a), la cual es una versión reducida del SCL-R-90 (Derogatis, 1975b, 1977). La ansiedad ante la pérdida y el abandono también se ha asociado a los agresores de pareja (D. G. Dutton et al., 1994; D. G. Dutton, 2007), la cual, a su vez, se ha relacionado con la ira, los celos y la inestabilidad afectiva, los cuales están asociados con el maltrato físico y psicológico en las relaciones de pareja (D. G. Dutton, 2007).

2.3.3. Consumo de alcohol y otras sustancias

La relación entre la violencia de pareja y el abuso de alcohol ha sido estudiada en los últimos años tanto en poblaciones penitenciarias como en poblaciones clínicas y comunitarias. Sin embargo, aún no se ha podido explicar de manera precisa el modo en el que el consumo de alcohol influye en la conducta agresiva (Eckhardt, 2007).

Numerosos estudios han coincidido en el hallazgo de tasas altas de consumo de alcohol previo a las agresiones en los maltratadores. Así en un estudio realizado en Inglaterra con una muestra de 336 maltratadores (Gilchrist et al., 2003) se encontró que el 73% de la muestra había consumido alcohol antes de la agresión y casi la mitad de la muestra (49%) tenía historial de dependencia de esta sustancia. Asimismo, se encontró que el 19% de los agresores tenía dependencia de otra sustancia. De la misma manera, Belfrage y Rying (2004) investigaron los datos forenses de los hombres que habían cometido uxoricidio en Suecia entre los años 1990 y 1999. En su muestra de 164 hombres, encontraron que en los hombres

en los que pudieron recoger datos del consumo de alcohol previo al homicidio ($n = 72$), el 44% estaba influenciado por esta sustancia a la hora de cometer el crimen. Por otra parte, Fals-Stewart (2003) realizó un examen de los registros diarios de parejas con historial de violencia y encontró que la probabilidad de un episodio severo de violencia era 11 veces mayor en los días en los que el hombre había ingerido alcohol.

En otros estudios, se ha evaluado la prevalencia de abuso y dependencia del alcohol y otras sustancias en muestras de agresores. Grann y Wedin (2002) evaluaron a 88 hombres que se encontraban cumpliendo una condena en prisión por agresión a su pareja o por uxoricidio y encontraron que el 51% de la muestra presentaba un problema de abuso o dependencia del alcohol o drogas. Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) encontraron en su muestra de 42 hombres que acudían a tratamiento psicológico en la comunidad que el 50% de ellos abusaba del alcohol. Asimismo, McKenry et al. (1995) reclutaron 102 parejas en la comunidad y encontraron que de esas parejas 38 habían experimentado violencia del hombre a la mujer en el año previo. Tras realizar un análisis de sangre para valorar el abuso crónico de alcohol, encontraron que el alcohol estaba significativamente correlacionado con las agresiones físicas en la pareja. Además, Gondolf (1999) obtuvo que un 25% de su muestra presentaba puntuaciones superiores a 75 en dependencia de alcohol en el MCMI-III (T. Millon et al., 1994) y el 7% en dependencia de otras sustancias. Asimismo, encontró que el 56% de su muestra mostraba tendencias alcohólicas en el *Michigan Alcoholism Screening Test* (MAST, Selzer, 1971).

Otros estudios han sido realizados desde otra perspectiva y han examinado las tasas de violencia hacia la pareja dentro de grupos clínicos con muestras de hombres con problemas de abuso de alcohol y otras sustancias. Bennet et al. (Bennett, Tolman, Rogalski y Srinivasaraghavan, 1994) encontraron en su muestra de 63 pacientes en tratamiento por abuso de alcohol y otras sustancias que el 39% de ellos tenían o habían tenido una orden de

alejamiento hacia sus parejas o habían sido arrestados por violencia conyugal. El 84% de estos hombres habían ejercido algún tipo de agresión física hacia sus parejas en algún momento de la relación. O'Farrell y Murphy (1995) encontraron en una muestra de alcohólicos que acudían a terapia de pareja que los hombres alcohólicos eran seis veces más propensos a cometer algún acto violento contra sus parejas que los no alcohólicos.

El consumo de sustancias diferentes al alcohol también ha sido asociado a la violencia de pareja. Así, Logan et al. (Logan, Walker, Staton y Leukefeld, 2001) realizaron un estudio con 500 reclusos ingresados en centros de mínima y media seguridad. Estos autores, dividieron a los reclusos según el grado de violencia que habían ejercido contra su pareja en el año previo a su ingreso en prisión (leve, moderada y extrema) y evaluaron el consumo de sustancias mediante entrevistas. Sus resultados sugieren una relación paralela entre los años de consumo de cocaína, frecuencia del consumo y violencia de pareja. Así, encontraron que los hombres del grupo de violencia extrema informaban de más años de consumo regular de cocaína (4,5 años) que los de violencia moderada (2,9 años), y, a su vez, éstos dos grupos llevaban más tiempo consumiendo la sustancia que los del grupo de violencia leve (2,6 años). Por su parte, Moore y Stuart (2004) encontraron en su estudio con una muestra de 151 hombres en tratamiento psicológico por orden judicial, que en el último año el 53% había consumido marihuana, el 23% cocaína, 14,6% alucinógenos, el 7,9% opiáceos y el 9% otro tipo de sustancias ilegales.

En conclusión, la asociación entre la violencia de pareja y el abuso de alcohol y otras sustancias ha intentado explicarse desde diversas perspectivas. Por una parte, se propone la idea de que el alcohol puede llevar a una desinhibición del comportamiento, y con ello a la desinhibición de la conducta agresiva. En este sentido, lo que haría el alcohol es activar las conductas violentas derivadas de actitudes hostiles previas (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998). Por otra parte, el abuso de alcohol puede conllevar conflictos conyugales y

con ello el aumento de riesgo de la violencia. Asimismo, existe la alternativa de que el consumo abusivo de alcohol pueda ser un síntoma de una personalidad antisocial o de psicopatología que también conlleve un riesgo de violencia. Y para finalizar, existe la perspectiva de que el consumo de alcohol u otras sustancias puede ser utilizado como motivo de excusa o justificación para la violencia.

2.3.4. El control de la ira

La ira es una de las emociones básicas (Ekman, 1984; Frijda, 1986; Weiner, 1986) que se presenta cuando una persona es bloqueada en la consecución de su meta, en la obtención de algo que desea o en la satisfacción de una necesidad (Izard, 1991). Ante la percepción de una amenaza, la persona responde con un impulso de huida, lo cual estaría relacionado con el miedo o la ansiedad (Pérez-Nieto, Redondo y León, 2008), o responde con un impulso de ataque, denominado ira (Berkowitz, 1993; Berkowitz, 1999; Danesh, 1977; Izard, 1993). La ira es una emoción adaptativa desarrollada para favorecer la supervivencia de las especies (Izard, 1977), si bien, puede ser desadaptativa si es una respuesta inadecuada al medio o la situación, es dirigida de forma desmedida hacia otras personas u objetos, o produce consecuencias negativas para el bienestar de los demás o de uno mismo (Echauri, 2010).

Dentro de la violencia de pareja, el rol de la ira y la hostilidad en los agresores es un tema controvertido y motivo de debate (Amor et al., 2009; Norlander y Eckhardt, 2005), debido a las inconsistencias encontradas en las definiciones de ambos constructos y las medidas de los mismos (Eckhardt, Barbour y Stuart, 1997).

Es importante por lo tanto, diferenciar entre los conceptos de ira, hostilidad y agresión. La ira es una emoción que se caracteriza por una activación fisiológica (p. ej., aumento de la frecuencia cardíaca y tensión muscular), una expresión facial característica (p. ej., frunción del ceño, apretar los dientes), que va acompañada de sentimientos de enfado y

que aparece cuando no se satisface una necesidad, no se consigue una meta o se percibe la posibilidad de un daño (Pérez-Nieto et al., 2008), y cuyas sensaciones pueden variar de intensidad, desde la ligera irritación hasta la rabia y furia (Spielberger, Jacobs, Russell y Crane, 1983). La hostilidad, por su parte, es entendida como una actitud persistente de valoración negativa de y hacia los demás (Spielberger et al., 1983), por lo que tendría principalmente un componente cognitivo caracterizado por un patrón relativamente persistente de creencias y actitudes negativas sobre los demás, por el que la persona tendería a la irritabilidad, cinismo, desconfianza, suspicacia, sensibilidad a los desprecios o críticas de los demás, interpretación negativa de las intenciones de los demás y a la denigración de los otros (Magai, 1996; Miller, Smith, Turner, Guijarro y Hallet, 1996; Pérez-Nieto et al., 2008; J. Sanz, Magán y García-Vera, 2006). Por su parte, la agresividad se entiende como la conducta dirigida a causar un daño en personas u objetos (Spielberger et al., 1983) ya sea ésta verbal o física, directa o indirecta.

Dada la dificultad existente en la diferenciación de estos constructos, Spielberger et al. (1983) han descrito un continuo denominado “síndrome ira-hostilidad-agresión” (AHA) con el objetivo de integrar los conceptos, diferenciarlos y relacionarlos.

Aunque la ira no lleva inevitablemente a la agresión, tanto ésta como la hostilidad se consideran factores de vulnerabilidad hacia la misma.

Dentro de la ira se pueden hacer dos diferenciaciones. Por una parte, el estado o rasgo de la ira y, por otra, la experiencia o expresión de la misma (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 1997). El estado de la ira hace referencia a una emoción limitada en el tiempo que se da ante un acontecimiento concreto. La ira rasgo se refiere a la disposición duradera y consistente o a una tendencia general a experimentar episodios de ira (T. W. Smith, 1994). Los individuos con un alto rasgo de ira se caracterizan por estar preparados para detectar agresiones, amenazas y daños en el mundo que los rodea (Berkowitz, 1993). La

experiencia de ira se relaciona con los procesos subjetivos, las emociones y procesos cognitivos caracterizados por la hostilidad (T. W. Smith, 1994) y la expresión de la ira se vincula a la conducta agresiva que sucede tras la ocurrencia de un episodio de ira (Pérez-Nieto et al., 2008). Se ha encontrado una fuerte correlación entre la ira rasgo y la hostilidad (Andreu, Peña y Graña, 2002; Ruiz, Smith y Rhodewalt, 2001), ya que la aparición de la ira se relaciona con la valoración que se le da al hecho, evento, situación o fracaso acontecido, principalmente en lo que se refiere a la responsabilidad de otros ante acontecimientos que son dañinos (Miguel-Tobal et al., 1997; Oatley y Larocque, 1995; Pérez-Nieto, Camuñas, Cano-Vindel, Miguel-Tobal y Iruarrizaga, 2000).

Ante la emoción de la ira, se han propuesto tres estilos de afrontamiento diferentes (E. H. Johnson, 1990; J. Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Casado y Spielberger, 2001; Spielberger, 1988; Spielberger, 1991): Ira Interna, que es la supresión de los sentimientos de enojo y enfado en vez de la expresión de ellos; la ira externa, que es la manifestación de estos sentimientos a través de conductas agresivas verbales o físicas dirigidas a personas u objetos; y el control de la ira, que es la búsqueda de estrategias para la disminución de la intensidad de estos sentimientos de enfado y enojo y la búsqueda de soluciones al problema que los ha producido.

Diversos estudios en el ámbito de la violencia de pareja han mostrado su interés en el análisis de la ira de los hombres agresores, dada la importancia que ésta tiene en la conducta agresiva. Algunos de estos estudios han tenido como objetivo el buscar diferencias entre los hombres violentos y no violentos en relación a los niveles de ira y hostilidad (p. ej., Eckhardt et al., 1997; Schumacher, Feldbau-Kohn, Slep y Heyman, 2001). Con este objetivo, Norlander y Eckhardt (2005) realizaron un metaanálisis de 33 investigaciones realizadas en este ámbito y concluyeron que los hombres agresores presentaban niveles moderadamente más altos en ambos constructos que aquellos hombres que no eran violentos, incluso en el

caso de aquellos hombres que no eran violentos pero que tenían problemas en la relación. Además, sus resultados muestran que aquellos agresores que ejercieron una violencia más grave presentaban mayores niveles de ira y hostilidad, lo que sugiere la posibilidad de una relación lineal entre la gravedad de la violencia y los niveles de ambos constructos.

Diferentes autores, tal y como se ha expuesto previamente en un punto anterior (2.2.3), han propuesto diferentes tipologías de hombres violentos hacia sus parejas en función de diferentes dimensiones. Dentro de estas clasificaciones, se han incluido la experiencia y expresión de la ira característica de cada grupo (p. ej., Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Waltz et al., 2000; Tweed y D. G. Dutton, 1998). De forma más específica, algunos estudios han intentado hacer clasificaciones de los hombres que ejercen la violencia hacia sus parejas en función del rasgo de ira y el control de la misma (Eckhardt, Samper y Murphy, 2008; Murphy, Taft y Eckhardt, 2007). Así, Murphy et al. (2007) encontraron en su análisis de conglomerados, con una muestra de 139 hombres violentos hacia sus parejas, tres tipos de agresores en función del rasgo de ira, ira interna, externa y control de la misma, a partir del Inventario de la Manifestación de la Ira Estado-Rasgo, STAXI (Spielberger, 1988). La clasificación que estos autores hicieron a partir de su análisis fue: (1) Ira patológica, en el que se incluyen aquellos en los que la severidad de la violencia es mayor, existiendo muy poco control de la ira así como abuso de alcohol y drogas, baja autoestima, estructura de la personalidad límite y rasgos psicopáticos; (2) Bajo control de la ira, en el que se incluyen personas con bajo control de la misma y frecuentes episodios de violencia; y (3) ira normal, en el que se incluyen aquellos sin dificultades en el control de la ira y cuya violencia es de menor severidad. Eckhardt et al. (2008) encontraron similares resultados en su análisis y establecieron tres tipos en función de la ira: Ira expresiva alta, ira baja e ira inexpressiva moderada.

Parece, por tanto, que la ira rasgo es una variable importante a considerar en el estudio de la violencia de pareja. Diversos estudios han encontrado en sus resultados que las personas que habían ejercido la violencia contra sus parejas tenían mayores puntuaciones en este tipo de ira (Beasley y Stoltenberg, 1992; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Parrott y Zeichner, 2003) e incluso que altos niveles en ira rasgo serían predictores de la violencia (Leonard y Senchak, 1996). Además, parece que los hombres que son violentos contra su pareja tienden a tener problemas en el control de la ira y a expresarla en mayor medida que aquellos que no lo son (Barbour, Eckhardt, Davison y Kassino, 1998; Barnett, Fagan y Booker, 1991; Boyle y Vivian, 1996; Dye y Eckhardt, 2000; Margolin, John y Gleberman, 1988).

Otro de los factores que se han asociado a la falta de control de la ira es la impulsividad. La impulsividad es un constructo complejo. Son diversas las definiciones de la misma, aunque en general, ésta se entiende como una predisposición a actuar sin una reflexión previa, una reacción inmediata a estímulos, ya sean internos o externos, sin previsión de las consecuencias de la conducta tanto para los demás como para uno mismo (Tellez-Vargas, 2006).

Barratt (1985) ha propuesto un modelo que relaciona la impulsividad con la agresividad. Este autor, propone que aquellos individuos con dificultades en la inhibición conductual pueden tener conductas violentas si ha existido un estímulo que les ha generado sentimientos de ira. Así, ha propuesto el término agresión impulsiva, que se define como aquella agresión caracterizada por actuar sin pensar debido a los niveles elevados de impulsividad. Esta agresión impulsiva es similar al constructo agresividad reactiva propuesto por otros autores (Crick y Dodge, 1996; Dodge, 1991). Esta agresividad es denominada también impulsiva, no planeada, hostil, expresiva y afectiva (Ramírez y Andreu, 2006). Así, este tipo de agresividad aparece ante la percepción de una provocación e implica altos niveles

de ira (Andreu, 2009; Bushman y Anderson, 2001) y es diferente a la violencia proactiva, que es la que aparece ante la ausencia de una emoción negativa (Andreu, 2009) y que aparece con la búsqueda de un objetivo, por lo que es también denominada instrumental, premeditada, planeada o depredadora (Ramírez y Andreu, 2006). Dentro de la violencia de pareja, y tal como explican Ross y Babcock (2009), estos constructos también se han tenido en consideración de cara a diferenciar entre subtipos de agresores. Así, la diferenciación entre violencia reactiva y proactiva ha sido considerada en diferentes estudios de tipologías de agresores de pareja (p. ej., Ross y Babcock, 2009; Tweed y D. G. Dutton, 1998).

La relación entre las atribuciones, el aumento de la ira y la agresividad ha sido también tema de estudio (Eckhardt y Jamison, 2002; Epps y Kendall, 1995). Si bien este tema se abordará en el siguiente capítulo de este estudio dado su componente cognitivo.

Con todo esto lo expuesto, parece que los hombres agresores muestran unos niveles disfuncionales de ira y control de la misma (p. ej., Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Norlander y Eckhardt, 2005; Schumacher et al., 2001) y más específicamente ciertos subtipos de agresores de pareja (Ross y Babcock, 2010; Tweed y D. G. Dutton, 1999). Si bien, ciertos clínicos e investigadores exponen la importancia de que las intervenciones psicológicas con estas poblaciones no pueden basarse únicamente en el manejo del control de la ira, puesto que es preciso no olvidar que la violencia contra la pareja es multidimensional y por lo tanto no es causada únicamente por déficits en el control de la ira, sino que la violencia puede ser una de las tácticas utilizadas para el control de la pareja (Gondolf y Russell, 1986).

2.4. CONCLUSIONES

La violencia de pareja es considerada hoy en día un fenómeno multicausal y complejo en el que ven involucrados múltiples factores para su desarrollo.

Las diferentes teorías multicausales explicativas del comportamiento del agresor en la pareja inciden en la importancia de diversas dimensiones y factores implicados en el

comportamiento violento del hombre en la relación íntima. Así, los factores culturales, sociales, interaccionales y personales parecen tener un gran peso en el desarrollo de este tipo de conductas.

Los estudios de los agresores de pareja coinciden en la afirmación de que éstos no conforman un grupo homogéneo sino que se trata de una población en la que existen diferentes subtipos de hombres agresivos. Estas tipologías de agresores se han basado principalmente en la presencia de problemas de salud mental como criterio empleado para la división de esta población en subgrupos diferenciados.

En este sentido, y aunque existen diferencias entre los diversos subtipos de agresores, parece que existen ciertos problemas de salud mental que aparecen en mayor medida en los hombres que ejercen la violencia de pareja que en los hombres no violentos. Así, los diferentes estudios han puesto de manifiesto la existencia en esta población de problemas del estado de ánimo como la depresión, la ansiedad y los problemas del control de la ira. Sin embargo, los trastornos de personalidad han sido uno de los problemas más citados en la bibliografía referente a los perpetradores de la violencia íntima, con especial hincapié en los trastornos antisocial, narcisista y límite de la personalidad en los estudios anglosajones y el obsesivo-compulsivo, dependiente y paranoide en los estudios españoles. También el abuso de sustancias como el alcohol y otras drogas han sido considerados factores de riesgo para el desarrollo de estas conductas.

Los diferentes autores coinciden en afirmar que estos problemas de salud mental no son causa directa de la violencia de pareja, sino factores de riesgo para el desarrollo de la misma debido a su compleja contribución en la conducta violenta, por lo que son aspectos necesarios a considerar en el estudio de los perpetradores de la violencia íntima.

3. LOS AGRESORES DE PAREJA: RASGOS COGNITIVOS

3.1. EL MODELO COGNITIVO

La esencia del modelo cognitivo se refleja, tal y como destacan Dozois, Frewen y Covin (2006), en el *Enchiridión* del filósofo griego Epicteto “Los hombres no se perturban por las cosas sino por la opinión que tienen de éstas”.

El modelo cognitivo contemporáneo se fundamenta en una formulación dinámica de la persona, la cual es considerada parte activa en la construcción de su propia experiencia (M. J. Mahoney, 2004). El supuesto teórico de este modelo circular, donde la variable principal son las cogniciones, es que la conducta está determinada en gran medida por el modo que tiene un individuo de estructurar el mundo (Vallejo Ruiloba, 1998). En este modelo, el organismo es un todo unitario formado por un grupo de subsistemas inter-relacionados entre sí: afectivo, cognitivo, fisiológico y comportamental. El componente principal es el subsistema cognitivo, que es el que recibe y envía información a los otros subsistemas y regula el funcionamiento de éstos, en función del significado que le da a la información de la que dispone, activando o inhibiendo ciertas respuestas de los otros subsistemas (A. T. Beck, Emery y Greenberg, 1985). Su premisa fundamental es que no son los acontecimientos concretos los que desatan una emoción, sino que son los pensamientos que se dan tras ese acontecimiento, es decir, la interpretación de esa situación y el significado específico que se le da, los que producen una respuesta emocional, fisiológica y/o comportamental (A. T. Beck, 1969; Ellis, 1962; Leahy, 2003b; Meichenbaum, 1988) . De esta manera, cada persona tiene una manera idiosincrásica de evaluar e interpretar los acontecimientos, debido a que sus cogniciones, percepciones, creencias y esquemas formados durante su historia vital única y personal (Sanders y Wills, 2005).

Desde este modelo, se han desarrollado diversas terapias, entre las que podemos destacar las revisadas hace algo más de 30 años por M. J. Mahoney y Arnkoff (1978): la terapia racional emotiva (Ellis, 1962), la terapia cognitivo-conductual (A. T. Beck, 1976), las terapias de habilidades de afrontamiento del estrés (Meichenbaum y Novaco, 1978), la reestructuración cognitiva (Goldfried y Goldfried, 1975) y la terapia de resolución de problemas (D'Zurilla y Goldfried, 1971). Además, nuevas terapias se han desarrollado desde esa fecha a partir de este modelo, como son la terapia constructivista (M. J. Mahoney, 1991) y la terapia centrada en los esquemas (Young, 1999). Asimismo, estas terapias han sido aplicadas a diferentes trastornos psicológicos y psicopatologías como son la depresión, la ansiedad generalizada, los trastornos de la alimentación, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y los trastornos de la personalidad entre otros (J. Beck, 1995).

En la mayoría de las teorías cognitivas clínicas las cogniciones se dividen en función de diferentes niveles de generalidad, accesibilidad a la conciencia y profundidad (Clark, Beck y Alford, 1999). De esta manera, algunos teóricos han propuesto tres niveles diferenciados (p. ej., Segal y Swallow, 1994). Por una parte, en el nivel más superficial y accesible de la conciencia se encuentran los productos cognitivos, en un nivel intermedio los procesos u operaciones cognitivas, y en el nivel más profundo, las creencias nucleares o esquemas (A. T. Beck, 1976; A. T. Beck, 1991; J. Beck, 1995). La relación básica entre estos niveles sería la siguiente: Los acontecimientos operan sobre las creencias nucleares o esquemas, las cuales organizan y guían la información entrante y saliente mediante diversos procesos u operaciones cognitivas y se generan los productos finales, los cuales a su vez, interactúan entre sí y con el ambiente, retroalimentando el esquema (W. Riso, 2009).

3.1.1. Los productos cognitivos

Los productos cognitivos han tenido diversas denominaciones (Riso, 2009), como son las autoverbalizaciones (Meichenbaum, 1977), los pensamientos automáticos (A. T. Beck,

1969, 1976), y las construcciones y perspectivas (Clark et al., 1999) Estos términos se refieren al resultado final de las operaciones que el sistema cognitivo realiza sobre la información (J. Sanz y Vazquez, 1991).

Los términos que más han prosperado en el campo de la terapia cognitiva son los pensamientos automáticos (A. T. Beck, 1969; A. T. Beck, 1976) y autodiálogo (Ellis, 1962). Los pensamientos automáticos se diferencian de los pensamientos voluntarios en que son intrusiones reflejas de las que la persona no siempre es consciente (Clark y Beck, 1989). Cuando estos pensamientos automáticos son negativos tienen unas características generales (McKay, Davis y Fanning, 1985): son creídos a pesar de no disponer de evidencia suficiente y ser irracionales, se viven de manera espontánea e involuntaria, tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia vivida y tienden a producir una valoración y percepción de la realidad sesgada tanto de la situación como del sí mismo. Además, los pensamientos automáticos pueden aparecer de forma verbal, visual o ambas, y son asequibles cuando se pregunta a la persona por su significado (J. Beck, 1995).

Los productos cognitivos negativos son el resultado de un procesamiento cognitivo disfuncional. Así, a menudo, los pensamientos automáticos negativos implican distorsiones y conclusiones ilógicas o sesgadas que aparecen al darse un error en el procesamiento de la información (A. T. Beck et al., 1983; A. T. Beck et al., 1985; Leahy, 2003a).

Los productos cognitivos han sido una parte importante en el estudio de los problemas psicológicos porque se ha evidenciado que la disfuncionalidad de los mismos está asociada a diversas patologías (Crandell y Chambless, 1986; Eaves y Rush, 1984; Ingram, Kendall, Smith, Donnell y Ronan, 1987; Kendall y Hollon, 1981; Wilkes, Belsher, Rush y Frank, 1994).

Este nivel cognitivo es entendido como el producto de las creencias y pensamientos subyacentes y suele ser una manifestación inmediata de estos niveles cognitivos menos superficiales y accesibles (Calvete, Estévez y Corral, 2007a; Ingram y Kendall, 1986; Segal, 1988).

3.1.2. Los procesos u operaciones cognitivas

Las operaciones o procesos cognitivos incluyen conceptos como la atención, percepción, memoria y el análisis inferencial. Diversos autores sugieren que un aspecto central de diversos trastornos psicológicos es un procesamiento inadecuado de la información que ocurre de forma no deliberada pero que se da de forma automática y repetitiva (A. T. Beck et al., 2005; A. T. Beck et al., 1985; Ingram y Kendall, 1986), y el cual interviene en la formación y mantenimiento de gran variedad de estos trastornos.

En este sentido, un estilo de procesamiento cognitivo relevante en este trabajo debido a su relación con la conducta agresiva es el conocido como Procesamiento de la Información Social (*Social Information Processing*; SIP) propuesto por Dodge (1986). La teoría del procesamiento de la información social (Crick y Dodge, 1994; Dodge, 1986) propone que las personas responden a las señales sociales de los demás en función de la valoración cognitiva que realicen de las mismas. Así, propone una secuencia de seis pasos de procesamiento de la información social: (1) La codificación de elementos sociales, (2) la interpretación de la intención, (3) el establecimiento de objetivos, (4) el acceso a respuestas, (5) la evaluación de las respuestas y (6) la ejecución de la conducta. Los sesgos en uno o más de los pasos citados parecen estar relacionados con el desarrollo de conductas agresivas. Así, existen diversos estudios que apoyan la idea de que los niños agresivos tienen un procesamiento de la información social sesgado (p. ej., Calvete y Orúe, en prensa; Dodge et al., 2003; Dodge, Coie y Lynam, 2006; Orúe, 2010; Zelli, Dodge, Lochman, Laird y Conduct Problems Prevention, 1999).

Por otra parte, dentro de los principales procesos cognitivos sesgados se encuentran las distorsiones cognitivas. Las principales distorsiones cognitivas que han sido asociadas al modelo cognitivo son las siguientes (A. T. Beck, 1976; J. Beck, 1995; Dattilio y Padesky, 1990): Pensamiento dicotómico, catastrofismo, descalificación de lo positivo, inferencia arbitraria, razonamiento emotivo, etiquetación, magnificación y minimización, abstracción selectiva, lectura del pensamiento, personalización, expresiones “debe” o “debería”, y generalización. Así, cuando existe un procesamiento cognitivo disfuncional de la información aparecen productos cognitivos negativos.

Estos procesos se realizan a partir de reglas y supuestos subyacentes por medio de los cuales las estructuras nucleares más profundas denominadas esquemas son trasladadas a estructuras más superficiales.

3.1.3. Los esquemas cognitivos

Son las estructuras cognitivas o creencias centrales sobre uno mismo, los demás y el mundo, y se encuentran en el nivel más profundo y menos accesible de la conciencia (A. T. Beck et al., 1983).

A. T. Beck et al. (2005) sugieren que los procesos cognitivos, afectivos y motivacionales están gobernados por el contenido de estos esquemas y contribuyen a patrones de conducta persistentes y consistentes. Estos esquemas constituyen en sí mismos los elementos básicos de la personalidad del individuo (A. T. Beck et al., 2005). Así, los esquemas son elementos organizados a partir de conductas y experiencias pasadas que forman un cuerpo de conocimiento estable a través del cual se modelaría la forma de percibir e interpretar el mundo y a nosotros mismos (Segal, 1988). Son, por lo tanto, patrones cognitivos estables responsables de los mecanismos que realizan un escáner, codifican y

evalúan la información recibida tanto por estímulos externos como internos, guiando la atención, las expectativas, las interpretaciones y la memoria de la persona (Williams, Watts, Macleod y Mathews, 1997). Aquellos estímulos que son congruentes con los esquemas de la persona, son atendidos, mientras que aquellos que no son consistentes con éstos son ignorados (Young et al., 2003). Los contenidos de los esquemas no tienen por qué ser racionales o correctos. Si las experiencias personales vividas han sido organizadas alrededor de vivencias negativas en vez de positivas, y si las creencias se estructuran a partir de hechos falsos, el esquema será disfuncional (W. Riso, 2009) y, por lo tanto, como estos esquemas modulan la percepción aparecerían entonces patrones de pensamiento disfuncionales y comportamientos no adaptativos.

3.1.3.1. Origen de los esquemas.

Los esquemas se desarrollan en la infancia, durante la interacción del niño con su familia, sus padres, sus iguales y su entorno (J. Beck, 1995). Más específicamente, estas estructuras se desarrollan en función de las necesidades emocionales y sociales básicas tempranas que el niño ha de tener cubiertas en las relaciones durante la infancia (Young, 1999). Estas necesidades serían: los afectos seguros con otras personas, la autonomía, competencia y sentido de identidad, la libertad para expresar necesidades y emociones, la espontaneidad y el juego, y los límites realistas y el autocontrol (Young et al., 2003). La interacción de las características culturales y biológicas del niño, junto a la ausencia o precariedad de la satisfacción de estas necesidades básicas puede conllevar el desarrollo de esquemas disfuncionales tempranos. Estos esquemas que son en un inicio adaptativos y representaciones acertadas de las circunstancias del niño, se convierten en disfuncionales cuando el menor crece (Young et al., 2003). Los esquemas se mantienen latentes o inactivos a lo largo del tiempo y se activan ante situaciones desencadenantes o precipitantes, actuando a través de situaciones concretas y produciendo errores en el procesamiento de la información.

De tal forma que ante un acontecimiento vital estresante, los esquemas disfuncionales latentes pueden activarse ante la emoción suscitada por ese acontecimiento, lo cual llevaría a que la persona respondiese a la situación de una manera determinada por sus sesgos cognitivos, lo cual reforzaría a su vez sus esquemas disfuncionales (A. T. Beck et al., 1983; Kovacs y Beck, 1978; Young et al., 2003).

Según esto, la probabilidad de aparición y mantenimiento de trastornos psicológicos puede aumentar al interactuar los factores de vulnerabilidad psicológica latentes, denominados diátesis por algunos autores, con sucesos estresantes o negativos. A esto se le denominaría la hipótesis de la vulnerabilidad, según la cual existen ciertos factores cognitivos de vulnerabilidad que se activan cuando acontecen sucesos estresantes que de alguna forma son relevantes con esas vulnerabilidades y eventualmente pueden conducir a la aparición de un trastorno psicológico (Hammen, 2005; Nietzel y Harris, 1990; Segal, Shaw, Vella y Katz, 1992).

El concepto de esquema es el supuesto central en la comprensión de los trastornos psicológicos desde el modelo cognitivo, así "el trastorno psicopatológico se caracteriza por esquemas idiosincrásicos desadaptativos que dominan el sistema del procesamiento de la información cuando son activados por las circunstancias relevantes del ambiente" (Clark y Beck, 1997, pp. 120-121). Por lo tanto, los esquemas disfuncionales tempranos parecen estar en el origen de numerosos trastornos psicológicos como la depresión, la ansiedad, los trastornos de alimentación y los trastornos adictivos, entre otros (p. ej., Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005; Estévez y Calvete, 2007; Petrocelli, Glaser, Calhoun y Campbell, 2001a; Waller, Meyer y Ohanian, 2001; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan, 2002). Además, parecen constituir el centro de los rasgos de personalidad disfuncionales y de los trastornos de personalidad (Young et al., 2003). El modelo cognitivo ha intentado dar una explicación diferenciada de los diferentes tipos de patologías,

planteando la idea de la especificidad del contenido cognitivo (A. T. Beck, 1976), que se refiere a que cada patología tiene su propia conceptualización y perfil cognitivo particular.

Dada la importancia de las experiencias tempranas en el desarrollo de estas estructuras cognitivas, Jeffrey Young (Young, 1999; Young et al., 2003), influido por Beck y la teoría del apego de Bowlby y Ainsworth (Ainsworth y Bowlby, 1991), entre otras, ha reelaborado el concepto de esquema y ha identificado un total de dieciocho esquemas diferentes en cinco dominios o categorías. Su interés por la identificación de los mismos tiene su origen en la dificultad encontrada en el tratamiento clínico de ciertos individuos, los cuales no respondían adecuadamente con el empleo de la terapia cognitiva, dirigida a la reducción de síntomas y a la creación de habilidades. Para este autor los esquemas se desarrollan en la infancia a partir de las experiencias tempranas con los padres, los hermanos y otras personas significativas para el niño, y se elaboran en el transcurso de la vida, constituyendo el núcleo central del autoconcepto de las personas y determinando su visión del mundo (Calvete, Estévez y Corral, 2007a; Calvete, Estévez y Corral, 2007b). Debido a la importancia que los esquemas propuestos por Young tienen en este estudio, se presentarán más adelante con una descripción de los mismos.

3.1.4. La hipótesis sobre la especificidad del contenido cognitivo

Esta teoría se ha formulado con el objetivo de dar una explicación diferenciada de los diferentes tipos de patologías y está basada en la idea de que cada trastorno tiene una conceptualización y perfil cognitivo específico, de forma que la diferencia en el contenido cognitivo es la que determina el tipo de trastorno psicológico que una persona manifiesta (A. T. Beck, Brown, Steer, Eidelson y Riskind, 1987; Clark y Beck, 1997; Clark et al., 1999). De acuerdo con esta teoría, cada patología difiere a nivel de esquemas, los cuales distorsionan o sesgan de manera específica y de forma sistemática los procesos implicados en la percepción, memoria y análisis inferencial, produciendo pensamientos negativos automáticos.

Por ejemplo, la depresión se caracterizaría por un predominio de cogniciones negativas relacionadas con temas de pérdida personal, fracaso, privación e inadecuación personal. Por su parte, la ansiedad se caracterizaría por cogniciones relativas a amenazas, peligro y daño (Alford y Beck, 1997; A. T. Beck et al., 1987; Clark, Beck y Brown, 1989).

Aunque la ira ha recibido en esta teoría una menor atención que los trastornos antes mencionados (Calvete et al., 2005) es importante el conocimiento del contenido cognitivo de la misma por su evidente manifestación en diversos trastornos (p. ej., el trastorno límite y el trastorno antisocial de la personalidad) y la relevancia de su expresión en conductas de agresión. La ira se caracterizaría por cogniciones relativas a la transgresión interpersonal o posibilidad de victimización. Esto es, a la percepción de las intenciones de los demás como negativas (Lochman, White y Wayland, 1991) . Esto se relacionaría con la teoría del procesamiento de la información social (SIP; Dodge, 1986), según la cual las personas responden a las señales sociales de los demás en función de la valoración cognitiva que realicen de las mismas. Diferentes estudios han demostrado que el procesamiento de la información social tiene un papel mediador entre los esquemas y la conducta agresiva (V. S. Burks, Laird, Dodge, Pettit y Bates, 1999; Calvete y Orúe, 2010; Zelli et al., 1999). Es más, hay estudios que sugieren una diferenciación entre la conducta proactiva y reactiva en cuanto a su especificidad del contenido cognitivo (Calvete y Orúe, 2010). En este sentido, el esquema de grandiosidad se ha asociado a la conducta violenta proactiva. Este esquema implica la creencia de que uno es superior a los demás, con privilegios y derechos especiales, con una especial atención a la satisfacción de las necesidades propias a expensas de la satisfacción de los demás. Por su parte, el esquema de abuso ha sido asociado a la conducta violenta reactiva. Este esquema se refiere a la expectativa de que uno será abusado, humillado o utilizado por los demás, y suele incluir la creencia de que el daño es intencional o el resultado de una negligencia (Young, 1999).

3.1.5. Resumen del modelo cognitivo

Como resumen del modelo cognitivo podemos sintetizar los diferentes axiomas de la teoría cognitiva contemporánea propuestos por Alford y Beck (Alford y Beck, 1997):

1. Existen diferentes niveles de generalidad, accesibilidad a la conciencia y profundidad: Esquemas, procesos cognitivos y productos cognitivos.

2. La base central del funcionamiento psicológico de la persona se encuentra en las estructuras cognitivas denominadas esquemas.

3. La función de estas estructuras consiste en dirigir los diferentes sistemas: cognitivo, afectivo, motivacional y conductual, los cuales se encuentran inter-relacionados.

4. Cada estructura cognitiva (esquema) tiene implicaciones que se traducen en patrones cognitivos, afectivos, motivacionales y conductuales específicos (hipótesis de la especificidad del contenido cognitivo).

5. Las personas tienen predisposiciones a sesgos procesales en función de sus esquemas disfuncionales (teoría de la vulnerabilidad cognitiva).

6. La psicopatología resulta como consecuencia de la existencia de esquemas disfuncionales sobre uno mismo, los demás, el mundo y el futuro.

3.2. VARIABLES COGNITIVAS ASOCIADAS A LOS AGRESORES DE PAREJA

Una de las áreas en las que se han centrado los estudios relativos a los hombres que ejercen la violencia hacia sus parejas es la diferencia entre este colectivo y aquellos que no son agresivos en aspectos relacionados con las actitudes generales sobre sí mismos, las creencias sobre la violencia y sobre los roles de género. Sin embargo, estos aspectos y otros aspectos cognitivos han recibido mucha menos atención que la recibida en otro tipo de agresores como podrían ser los agresores sexuales (p. ej., Abel et al., 1989; Blumenthal, Gudjonsson y Burns, 1999; Hayashino, Wurtele y Klebe, 1995; McGrath, Cann y

Konopasky, 1998; Vanhouche y Vertommen, 1999; Ward, Hudson, Johnston y Marshall, 1997; Ward, 2000).

Los diferentes estudios de los aspectos cognitivos en los maltratadores se han centrado principalmente en los esquemas relativos al uso de la violencia y sobre los roles masculinos y femeninos, en los procesos cognitivos y en sus productos, si bien, no ha existido un intento por evaluar o desarrollar supuestos relativos a los mecanismos subyacentes que generan los procesos cognitivos distorsionados, es decir, al origen o esquema cognitivo disfuncional que subyace a esos patrones de pensamiento. El estudio de estos esquemas permitiría un mayor conocimiento de las características cognitivas de los diferentes tipos de maltratadores y, a su vez, propiciaría que la intervención pudiese dirigirse no únicamente a la modificación de los procesos cognitivos y sus productos, sino a un mayor autoconocimiento que disminuiría el riesgo de errores de procesamiento futuro y, por lo tanto, el riesgo de reincidencia en conductas violentas.

Tras el capítulo anterior, parece evidente que es necesario tener en consideración que los hombres que ejercen la violencia dentro de las relaciones íntimas no son un grupo homogéneo, por lo que las características cognitivas de los diferentes tipos de agresores pueden asimismo diferir en cuanto a un grupo u otro de agresores. De esta manera, no tiene por qué darse el mismo tipo de creencias en un hombre con unos rasgos de personalidad predominantemente antisociales que en aquel cuyos rasgos son de dependencia.

En el presente capítulo se revisarán los rasgos cognitivos que han sido asociados o se consideran de interés en los hombres violentos contra su pareja.

3.2.1. Los esquemas sobre el uso de la violencia

Las actitudes y creencias que legitiman el uso de la violencia parecen ejercer un papel importante en el riesgo de desarrollo de las conductas violentas y, por lo tanto, de la violencia de pareja. Así, la violencia se relaciona con la aceptación de la agresión como forma legítima

de resolver los conflictos (Cano, Avery-Leaf, Cascardi y O'Leary, 1998; Riggs y O'Leary, 1989). Además, existen estudios longitudinales con niños y adolescentes que muestran que las creencias de legitimización de la violencia predicen comportamientos antisociales (V. S. Burks et al., 1999; Calvete, 2008b; Henry et al., 2000; Huesmann y Guerra, 1997; Zelli et al., 1999). Por lo tanto, parece que las creencias y actitudes más tolerantes hacia la violencia de pareja constituyen uno de los factores de riesgo socioculturales para el ejercicio de la misma (p. ej., Arias y O'Leary, 1988; Bookwala, Frieze, Smith y Ryan, 1992; Cano et al., 1998; Chase, Treboux, O'Leary y Strassberg, 1998; Heise, 1998; Heise y García-Moreno, 2003; Henton, Cate, Koval, Lloyd y Christopher, 1983; Sanmartín, Farnós, Capel y Molina, 2000; Unicef, 2000).

La mayoría de los estudios llevados a cabo para conocer la relación existente entre las creencias pro-violencia y el ejercicio de la violencia en las relaciones de pareja han encontrado relaciones positivas. Así, Moore y Stuart (2005) en su revisión de la bibliografía existente encontraron una fuerte relación entre ambas. Previamente, Sugarman y Frankel (1996), en su revisión, habían encontrado evidencias sobre la relación entre maltrato y creencias distorsionadas sobre la violencia en general. Dentro de los estudios revisados, Stith (1990) con una muestra de 72 policías encontró que el mayor predictor de maltrato hacia la pareja era la aprobación de la violencia marital. Del mismo modo, Kantor, Jasinski y Aldarondo (1994), en su estudio con una muestra de 2000 parejas, encontraron que el tener creencias de aceptación de la violencia física de hombre a mujer incrementaba el riesgo de que el hombre ejerciese la violencia física hacia su pareja en 2.17 veces.

Otros estudios han encontrado que las actitudes y creencias acerca de la violencia contra la pareja dependen de las circunstancias que rodean a la misma. Por ejemplo, las personas tienden a aceptar más la violencia si consideran que el agresor fue provocado (R. J.

Harris y Cook, 1994), si la víctima de la agresión había cometido adulterio (Choi y Edleson, 1996) o si la víctima había humillado al agresor (Foo y Margolin, 1995).

La aceptación de la violencia de hombre a mujer se ha encontrado en mayor medida en hombres que en mujeres (Langhinrichsen-Rohling, Shlien-Dellinger, Huss y Kramer, 2004). También aparece con mayor incidencia en personas con historial de maltrato. En concreto, se ha encontrado con mayor frecuencia tanto en los agresores (Reitzel-Jaffe y Wolfe, 2001; Russell y Hulson, 1992; Stith y Farley, 1993; Stith, Smith, Penn, Ward y Tritt, 2004) como en las propias víctimas (Arias y Johnson, 1989). O'Hearn y Margolin (2000) encontraron en una muestra de 47 hombres contratados por una empresa de trabajo temporal que existía una fuerte relación entre exposición a la violencia en la infancia y posterior ejercicio de la violencia contra la pareja en aquellos hombres con actitudes actuales de aceptación de la violencia física, no existiendo esa relación para aquellos que aún habiendo sido expuestos a la violencia no tenían este tipo de actitudes de aceptación. Recientemente, Robertson y Murachver (2009) encontraron en su estudio con una muestra compuesta por hombres y mujeres, y dividida en tres grupos (universitarios, población general y presos), que los presos junto con aquellos participantes de los otros grupos que habían tenido historial previo de violencia, como agresor o como víctima, aprobaban más la violencia contra la pareja de hombre a mujer que el resto de los participantes.

Nayak, Byrne, Martin y Abraham (2003), tras realizar un estudio en diferentes culturas (India, Japón, Kuwait y Estados Unidos), afirmaron que las creencias sobre el uso de la violencia en la pareja, así como las creencias relativas a la violencia sexual, difieren de unos países a otros, y por lo tanto las diferencias en estas creencias están influenciadas por los diferentes contextos socioculturales de un país (aspectos políticos, históricos, religiosos y económicos).

En nuestro país, Echeburúa y Fernández-Montalvo (1998) han desarrollado un inventario que valora los pensamientos distorsionados sobre el uso de la violencia y las ideas sobre los roles masculinos y femeninos que posteriormente trataremos. Este inventario está siendo ampliamente utilizado tanto en el ámbito clínico como de investigación (p. ej., Echeburúa et al., 2009; Ferrer, Bosch, Ramis y Navarro, 2006; Loinaz et al., 2010).

Por todo esto, parece que las actitudes positivas hacia la violencia son un factor de riesgo para el ejercicio de la misma y que las actitudes positivas específicamente hacia la violencia de pareja son un predictor para ella.

3.2.2. Las esquemas sobre los roles masculinos y femeninos

Los roles de género se refieren a las creencias o definiciones sociales acerca de la forma en la que los hombres y mujeres difieren en una sociedad determinada, y donde las normas y expectativas socioculturales establecen que tipo de comportamiento se considera apropiado y deseable para cada uno de ellos. El rol de género designa un constructo social que representa un esquema para la categorización social de los individuos en función de la diferenciación biológica (Moya, 1985), y, por lo tanto, esta diferenciación biológica o sexo es la base de la segregación o la separación de las actividades masculinas y femeninas (A. Bonilla, 1998).

Las actitudes y las creencias tradicionales respecto a los roles de género mantienen y justifican la desigualdad entre hombres y mujeres. El contexto para este tipo de pensamientos es una sociedad que sitúa a hombres y mujeres en posiciones diferenciadas y les asigna roles diferentes (Lorente, 2001). Estos roles se relacionan con los elementos culturales transmitidos de generación a generación. Dentro de las sociedades tradicionales, se han otorgado una serie de derechos al hombre que han legitimado el poder y dominación sobre la mujer (Lorente, 2001).

Los valores que se han inculcado en este tipo de sociedades enfatizan los ideales de hombre y mujer, en los que a los hombres se les asignan rasgos como la fuerza, la dureza, la capacidad de mandar y decidir, la madurez y la no expresión de afectos. Asimismo se entiende que ha de ser el hombre quien mantiene a la familia, mientras que a la mujer se le asignan las tareas domésticas y de cuidado de los niños. Se enfatizan en la mujer rasgos como la dulzura, empatía, obediencia, comprensión y paciencia, entre otros. La ruptura de estos roles dentro de la relación supone un conflicto y éste, a su vez, puede desencadenar en el uso de la violencia para la resolución del mismo (Harway, O'Neil y Biden, 1999; Schwartz, Waldo y Daniel, 2005). Así, este tipo de roles desigualitarios han sido asociados con actitudes negativas hacia la mujer (Blazina y Watkins, 2000; Robinson y Schwartz, 2004; Wade y Brittan-Powell, 2001). Además, el conflicto de roles ha sido asociado a la hostilidad contra la mujer (Rando, Rogers y Brittan-Powell, 1998; Wade y Brittan-Powell, 2001) e incluso se ha hipotetizado que este tipo de estructura social desigualitaria contribuye a la violencia del hombre contra la mujer en la pareja (O'Neil y Harway, 1997; Pence y Paymer, 1993; Walker, 1984).

En nuestro país, que proviene de una estructura social tradicional y donde se están realizando numerosos cambios para la igualdad (educativos, políticos, laborales y judiciales), las personas con creencias sobre la desigualdad de roles tienen un mayor riesgo de experimentar una tensión en la relación de pareja por la nueva organización de roles (Martínez-Ten, 2007). Esto implica un mayor riesgo de que se produzca un conflicto y que éste se resuelva con violencia. Ferrer, Bosch, Ramis, Torres y Navarro (2006) afirman que las personas con actitudes de rol género igualitarias tienden a presentar en menor medida actitudes positivas hacia la violencia contra las mujeres en la pareja que los hombres y personas con actitudes de rol de género tradicionales. Estas autoras encontraron en su muestra de 1395 estudiantes universitarios que el sexo y el haber recibido alguna formación específica

sobre el maltrato condicionaban las creencias y actitudes de los alumnos hacia el maltrato hacia la pareja. Los hombres y aquellas personas que no habían recibido formación sobre la violencia conyugal tenían mayores niveles de aceptación de los roles tradicionales, culpabilización de la víctima, actitudes más favorables hacia el maltrato y aceptación de la violencia como forma de solución de conflictos.

En un estudio con una muestra de 42 maltratadores en tratamiento voluntario, Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) encontraron que el 43% de ellos tenían la creencia de que “la mujer debe tener la comida y la cena a punto para cuando su marido vuelva a casa” y un 40% afirmaba “una mujer no puede llevar la contraria a su marido”. Echeburúa, Amor y Corral (2009) afirman que los hombres agresores suelen estar afectados por diferentes sesgos, entre los que se encontrarían las creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer.

Aunque diversos estudios se muestran a favor de la idea de que las creencias sobre la desigualdad de roles son factores de riesgo para la violencia (p. ej., Crossman, Stith y Bender, 1990; Stith y Farley, 1993; Telch y Lindquist, 1984), existen otros estudios que no han encontrado datos que apoyen esta idea (Arias y O'Leary, 1988; Neff, Holamon y Schluter, 1995; Neidig, Friedman y Collins, 1986; Sugarman y Frankel, 1996). Por lo tanto, los resultados de los diferentes estudios realizados son contradictorios. Parece que no todos los hombres que ejercen la violencia hacia sus parejas tienen creencias de roles tradicionales o distorsiones sobre la mujer. Este aspecto podría ser explicado desde los diferentes tipos de agresores existentes. De esta manera, los diferentes tipos de agresores pueden tener creencias de roles diferentes (Holtzworth-Munroe et al., 1997), y por lo tanto el ejercicio de la violencia vendría determinado por diferentes factores según el tipo de agresor.

3.2.3. Las atribuciones

La atribución es el proceso cognitivo mediante el cual las personas establecen las causas de los acontecimientos. De esta forma, las atribuciones son procesos cognitivos en forma de percepciones y comprensiones del entorno que establecen la construcción causal de estos acontecimientos (Fincham, 2001). Estas atribuciones ayudan a dar un significado a los acontecimientos que nos rodean y se realizan con el objetivo de alcanzar una comprensión del medio (Hewstone, 1989) y dar un sentido al mundo de forma sistemática. Asimismo, influyen en nuestras emociones y conductas futuras (Heider, 1958; E. E. Jones y Davis, 1965; Kelley, 1967; Weiner, 1986). Las teorías de la atribución tienen tres premisas (E. E. Jones et al., 1972). La primera de ellas es que tratamos de determinar las causas de nuestra conducta y la de los demás. La segunda, es que las causas no se asignan de forma aleatoria a la conducta, sino que existen reglas explicativas acerca del proceso por el que llegamos a ciertas conclusiones causales. Y la última es que las causas atribuidas a ciertas conductas influirán en las posteriores respuestas tanto emocionales como no emocionales.

Según la bibliografía, generalmente se pueden distinguir tres tipos de atribuciones distintas: las atribuciones causales, las de responsabilidad y las de culpa. Estos tres tipos de atribuciones se han entrelazado mediante un modelo que considera que las atribuciones de culpa implican un juicio de responsabilidad y que éste se basa en la determinación de la causalidad (Fincham, 2001; Lussier, Sabourin y Wright, 1993).

Las investigaciones relacionadas con las atribuciones dentro del ámbito de las relaciones de pareja se han centrado en dos tipos de atribuciones (Byrne y Arias, 1997): las atribuciones causales, que se refieren a las explicaciones que los miembros de la pareja dan a la ocurrencia de un problema en su relación o un comportamiento, y las atribuciones de responsabilidad, que se refieren a la evaluación de los miembros sobre la posibilidad de exigir una explicación al otro miembro por su comportamiento. El motivo por el que se han

centrado en estos dos tipos se debe a que los estudios realizados han revelado que las parejas no discernen entre responsabilidad y culpa (Fincham y Bradbury, 1992; Fincham, 2001).

La atribución de causalidad recoge las dimensiones relacionadas con el locus de control, la globalidad y la estabilidad de las causas, mientras que la atribución de responsabilidad implica las dimensiones de intencionalidad de la acción, motivación y culpa (Barrón y Martínez-Iñigo, 1999; Fincham, 2001; Karney y Bradbury, 2000). Todo esto indica que los miembros de la pareja realizan unas atribuciones tanto de la situación conflictiva como de la conducta posterior de cada miembro. Así, las atribuciones que realizan tienen que ver con si consideran que el acontecimiento tiene una causa interna (factores propios) o externa (factores de la pareja o externos a ambos), si las causas de ese suceso se mantendrán en el tiempo (estables) o cambiarán (inestables), si esas mismas causas afectan a otras áreas del matrimonio (globalidad) o no (especificidad), y si tras sucedido ese conflicto o acontecimiento negativo se valora que alguno de los miembros ha tenido una intención negativa (intencionalidad), una motivación egoísta (motivación) o si uno de ellos merece ser culpable por su conducta (Barrón y Martínez-Iñigo, 1999).

A pesar de que la teoría de la atribución asume que los miembros de la pareja procesan los acontecimientos de una forma racional, lógica y objetiva, existen factores que influyen en este proceso de extraer conclusiones y se originan los sesgos atribucionales. Entre los factores que pueden influir en este proceso se encuentran las ideas relativas a los roles, los estereotipos y el deseo de reconocimiento y de poder (Wallach y Sela, 2008).

Se han realizado numerosos estudios sobre las atribuciones en el ámbito de las relaciones de pareja. Muchos estudios de este tipo muestran una consistencia en la fuerte relación que existe entre las atribuciones que las personas realizan de los comportamientos de sus parejas y de los acontecimientos que ocurren en su relación, y la discordia e insatisfacción marital (Arias y Beach, 1987; Baucom, 1987; Bradbury y Fincham, 1990; Fincham, 1985;

Fincham, 1994; N. S. Jacobson, McDonald, Follette y Berley, 1985). Y éstas a su vez han sido consideradas como marcadores de riesgo para la violencia en las relaciones de pareja (Stith et al., 2004; Stith, Green, Smith y Ward, 2008).

En lo que se refiere a los hombres violentos contra la pareja, uno de los procesos cognitivos en los que se ha investigado sus diferencias respecto a los hombres no violentos es el de atribución (p. ej., Eckhardt y Dye, 2000; Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993).

A continuación se presentan los resultados más relevantes en la población de agresores de pareja.

3.2.3.1. Atribuciones de los hombres agresores.

El tipo de atribuciones que más se relaciona con la violencia contra la pareja tiene que ver con las atribuciones relacionadas con el conflicto, es decir, cuales fueron las causas de que existiese el mismo, y las atribuciones relacionadas con la conducta violenta, es decir, de quién fue la responsabilidad de la misma.

Según Bandura (1979,1986) cuando las personas llevan a cabo comportamientos violentos que violan sus propios estándares, ciertos mecanismos cognitivos se ponen en funcionamiento para neutralizar los sentimientos de culpa por este comportamiento inadecuado. Estos mecanismos tienen según este autor cuatro categorías: La primera de ellas sería la reconstrucción de la conducta en sí misma, mediante la atenuación de la agresión a través de comparaciones con otras agresiones de mayor gravedad o justificación de la agresión por principios morales, de tal forma que este comportamiento no se perciba como tan negativo. La segunda de ellas es la reestructuración de la responsabilidad del acto, que se realizaría mediante la difusión o desplazamiento de la responsabilidad. La tercera sería la reestructuración del efecto de la agresión, mediante el falseamiento de las consecuencias a través de la minimización o negación. Y por último estaría la reestructuración de la víctima, mediante la deshumanización o la culpabilización (D. G. Dutton, 1986).

La bibliografía relacionada con los hombres que ejercen la violencia hacia sus parejas revela que estos hombres llevan a cabo estos tipos de procesos de racionalización, excusación y explicación de sus comportamientos con el objetivo de negar su responsabilidad en la violencia cometida, lo que les permite proyectar esta responsabilidad y la búsqueda de soluciones a otros (Bogard, 1988; D. G. Dutton, 1986; D. G. Dutton, 2007; Echeburúa y Corral, 1998; Eisikovits, Goldblatt y Winstok, 1999; Gondolf, 1987a; Henning, Jones y Holdford, 2005; Holtzworth-Munroe, 1988; Shields y Hanneke, 1983; Stosny, 2005).

Los estudios describen los diferentes tipos de atribuciones que esta población realiza en función de la situación dada. Así, estos hombres, tienden a realizar atribuciones causales externas, específicas e inestables del comportamiento positivo de su pareja, además de atribuirlo a motivaciones egoístas e inintencionales. Lo anterior se traduciría en que interpretan estas acciones positivas como algo que no es propio de la personalidad de su pareja, que se da de manera puntual y en busca del beneficio propio (Wallach y Sela, 2008). Por otra parte, los comportamientos negativos de su pareja son atribuidos a causas internas, globales, estables, intencionales y egoístas (Bradbury y Fincham, 1990; Fincham y Bradbury, 1987; Henning y Holdford, 2006; Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993; N. S. Jacobson et al., 1985; Tonizzo, Howells, Day, Reidpath y Froyland, 2000), lo que significaría que interpretan este tipo de comportamiento como reflejo de su personalidad, en búsqueda del beneficio propio y cuya intencionalidad es provocar una reacción negativa, como por ejemplo el enfado, y por lo tanto concluyen que la mujer ha de ser culpada por su acción (Wallach y Sela, 2008).

Diferentes estudios han encontrado este tipo de atribuciones en muestras de hombres agresores. Por ejemplo, Shields y Hanneke (1983) entrevistaron a 85 agresores y 92 víctimas con el objetivo de conocer cuáles eran las causas que ambos grupos atribuían a la violencia ejercida y encontraron que mientras que ellas consideraban la violencia como causada por

factores internos de sus parejas, ellos consideraban su propia violencia como originada por los comportamientos de su mujer. Posteriormente D. G. Dutton (1986) obtuvo como resultado en su estudio con una muestra de 75 hombres en tratamiento por violencia de pareja que un tercio de ellos atribuía las causas del conflicto a sus parejas, ya fuese por el comportamiento de ella o porque lo había provocado. De su muestra, el 21% atribuyó su violencia a causas situacionales, excusándose así, y el 79% aceptó su responsabilidad en el acto pero justificó su comportamiento culpando a la víctima. Por su parte, Holtzworth-Munroe y Hutchinson (1993) realizaron un estudio con tres grupos: 22 agresores de pareja, 17 hombres felizmente casados y 17 hombres con conflictos en la relación pero no violentos, y compararon las atribuciones que estos grupos realizaban ante situaciones maritales problemáticas en las que la mujer tenía un rol importante, en cuanto a que su conducta podía ser potencialmente negativa. Sus resultados indicaban que aunque los agresores y los que tenían conflictos en la relación pero no eran violentos no diferían significativamente en atribuir las causas del conflicto a intenciones negativas de su mujer, los violentos tendían más a atribuir ciertas situaciones como aquellas en las que se producían celos, rechazo y humillación a intenciones dañinas y hostiles de su mujer. Estos resultados concuerdan con la idea de que ciertas emociones, como los celos, el rechazo o la humillación, pueden intensificar los sesgos atribucionales y aumentar el conflicto, aumentando así el riesgo de ejercer la violencia (Bradbury y Fincham, 1990; Fincham y Bradbury, 1987; Moore, Eisler y Franchina, 2000). Resultados similares respecto a las atribuciones relativas al conflicto fueron obtenidos por Henning et al. (2005). Estos autores realizaron un estudio con 1267 hombres y 159 mujeres condenados por violencia contra su pareja y encontraron que el 84% de los hombres y el 88,6% de las mujeres atribuían a sus víctimas la responsabilidad del episodio violento.

Por lo tanto, los resultados de los diferentes estudios sugieren que los hombres que ejercen la violencia hacia sus parejas responden de manera diferente que los no agresores a los conflictos en la relación. Los agresores atribuyen una intención negativa a los comportamientos de sus parejas, principalmente en aquellas situaciones que eliciten sentimientos de celos, rechazo, abandono o una situación de posible humillación pública (D. G. Dutton y Browning, 1988; Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993). Estos resultados concuerdan con la hipótesis de la especificidad del contenido cognitivo relativo a la conducta violenta (Clark et al., 1989), según la cual, la manifestación de la ira en forma de violencia se basaría en la existencia de cogniciones relativas a la transgresión interpersonal o posibilidad de victimización (Alford y Beck, 1997).

En cuanto a las atribuciones sobre la conducta violenta, se observa en estos hombres una tendencia a la minimización, tanto de la frecuencia de los episodios ocurridos, como de la severidad de la violencia, así como de la severidad de los resultados de su conducta (Bogard, 1988; Cantos, Neidig y O'Leary, 1993; R. P. Dobash, Dobash, Cavanagh y Lewis, 1998; D. G. Dutton, 1986; Eisikovits et al., 1999; Gondolf, 1987b; Henning et al., 2005; Holtzworth-Munroe y Jacobson, 1985; Holtzworth-Munroe, 1988; Shields y Hanneke, 1983). En algunos casos, incluso se produce la negación de la misma (D. G. Dutton y Hemphill, 1992; Heckert y Gondolf, 2000). En las ocasiones en las que estos hombres aceptan su responsabilidad en el acto violento, se observa una tendencia a atribuir a factores externos, como por ejemplo una situación estresante, o a factores internos, inestables y específicos pero no intencionales, como por ejemplo el alcohol, la frustración, la ira o la falta de control, con el objetivo de evitar ser negativamente juzgados por otros (Bogard, 1988; Cantos et al., 1993; Henning et al., 2005; Henning y Holdford, 2006; Shields y Hanneke, 1983), y por sí mismos, intentando preservar de esta forma su autoestima (Henning et al., 2005).

Otro de los argumentos utilizados por este tipo de población para la justificación de su conducta violenta es la “defensa propia” (Hamberger et al., 1996; Henning et al., 2005; Henning y Holdford, 2006).

Ciertos autores consideran que la negación de la responsabilidad en el maltrato puede conllevar un riesgo de repetición del mismo o reincidencia (Edleson, 1984; Healy et al., 1998; Henning et al., 2005). Incluso existen medidas del riesgo de violencia doméstica que siendo consistentes con esta relación incluyen ítems sobre minimización, negación y externalización de la responsabilidad, como por ejemplo el *Spousal Assault Risk Assessment* (SARA; Kropp, Hart, Webster y Eaves, 1995). Sin embargo, esta relación está aún siendo estudiada debido a la inconsistencia en los resultados de los diversos estudios (Grann y Wedin, 2002; Hanson y Wallace-Capretta, 2000; Henning y Holdford, 2006; Kropp y Hart, 2000). En lo que si parece que realmente afecta este tipo de atribuciones así como la minimización y la negación, es en el trabajo clínico con los agresores (Edleson, 1984; Hamberger, 1997). Los agresores que evitan asumir su responsabilidad en los actos violentos que han cometido están menos motivados para el tratamiento y tienen más riesgo de abandonarlo (J. E. Daly y Pelowski, 2000).

Por otra parte, se ha encontrado que aquellos hombres que acuden por orden judicial a tratamiento tienden más a atribuir su violencia a causas externas (la víctima o a la situación), en comparación con los agresores que acuden de manera voluntaria, los cuales atribuyen más a causas internas su conducta (D. G. Dutton, 1986). No obstante, Heckert y Gondolf (2000) sugieren que las minimizaciones, justificaciones y atribuciones externas de los agresores en tratamiento por orden judicial podrían atribuirse a factores situacionales más que a factores disposicionales.

Parece que es común en las personas que comenten actos delictivos el explicar su comportamiento a través de mecanismos que neutralicen los sentimientos de culpa, les

autojustifiquen, legitimen su comportamiento y mitiguen la respuesta social. Así, esto es algo frecuente no únicamente en los agresores de pareja sino también en los agresores sexuales (Maruna y Mann, 2006). Esto plantea la pregunta de si es conveniente dirigir la atención únicamente a la modificación de estas cogniciones parcialmente superficiales, o si por el contrario el foco de atención ha de estar en un nivel más profundo de la cognición: los esquemas subyacentes (Mann y Beech, 2003; Polaschek y Ward, 2002; Ward, 2000).

3.2.4. Los celos

Los celos son entendidos como la emoción o sentimiento que resulta de un proceso cognitivo en el que se percibe una amenaza de pérdida de una relación considerada de valor. Esta amenaza puede ser por parte de un rival real o imaginario. Además, los celos son una condición que tiene diferentes niveles de intensidad, persistencia e *insight*, y que varía desde la normalidad hasta la patología (Marazziti, Rucci, et al., 2003; Marazziti, Di Nasso et al., 2003). Es difícil establecer el límite entre lo normal y patológico en los celos. Los celos patológicos se caracterizan por una preocupación excesiva e irracional, emociones de gran intensidad con pérdidas de control y reacciones irracionales, con ausencia de una causa real desencadenante, que además produce un gran sufrimiento en la persona que los padece y conlleva un alto grado de interferencia en la vida diaria (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001).

Los celos son considerados una de las emociones que más conflictos producen en las relaciones de pareja, porque éstos pueden llevar a estados de ansiedad, depresión, desesperanza, ira, intimidación y violencia (Leahy y Tirch, 2008), y en algunos casos incluso al homicidio (Brewer y Paulsen, 1999; Leahy y Tirch, 2008; Serran y Firestone, 2004). Así, en diferentes estudios se ha encontrado un gran apoyo a la relación entre los celos y la posibilidad de violencia en la pareja (Guerrero, Spitzberg y Yoshimura, 2004; Stith et al.,

2004; Sugarman y Hotaling, 1989). Además, se han descrito como características personales frecuentes en los agresores en el ámbito de las relaciones de pareja (Corsi et al., 1995).

Los celos pueden estar influenciados por factores de personalidad así como por circunstancias vividas previamente (Echeburúa y Fernández Montalvo, 2001). Así, las personas celosas se caracterizan por la inseguridad en uno mismo y la dependencia emocional, la desconfianza hacia los demás, la baja autoestima, la introversión y carencia de recursos sociales (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001). Asimismo, el haber sufrido un trauma grave o una humillación sentimental en el pasado se destacan como circunstancias que pueden aumentar la vulnerabilidad psicológica a los celos (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001). Esto es, el que una pareja haya sido infiel en el pasado puede aumentar las posibilidades de desarrollar sentimientos celosos en un futuro.

Dentro de los celos, se puede distinguir entre la emoción en sí y las estrategias que son activadas ante la misma y que mantienen o aumentan los celos, y que son los intentos por mantener el control y minimizar la amenaza. Leahy y Tirch (2008) han descrito los factores implicados en los celos: Los celos se encuentran habitualmente asociados a esquemas en los que las creencias nucleares sobre uno mismo se refieren a que uno no es digno de ser amado, es defectuoso, está condenado, o, por el contrario, uno es digno de un trato especial por parte de la pareja (Leahy y Tirch, 2008). En consecuencia, las personas celosas tienen sesgos en el procesamiento cognitivo, que se traduce en una forma particular de atender a los estímulos internos y externos relativos a la posibilidad de que su pareja sea infiel. Por ejemplo, se encuentran en un estado de hipervigilancia hacia todo tipo situación que pueda ser una amenaza (A. T. Beck et al., 1985), por lo que tienden a malinterpretar situaciones neutras y a tener distorsiones cognitivas. Las personas celosas sienten la necesidad de comprobar y confirmar sus sospechas y así eliminar las dudas y volver a tener el control, lo que les lleva a utilizar estrategias de afrontamiento problemáticas como degradar a potenciales rivales y

degradar, atacar, amenazar, controlar o vigilar a la pareja (Leahy y Tirch, 2008), lo que generalmente lleva a mayor inseguridad (Borkovec, Newman y Castonguay, 2003; Erickson y Newman, 2007). Las conductas de comprobación que realiza la persona celosa no suelen tener una respuesta confirmatoria por lo que es sólo cuestión de tiempo que aparezcan nuevos comportamientos en busca de esa confirmación (Dugas, Gosselin y Ladouceur, 2001).

Los celos se manifiestan habitualmente en el hombre en forma de ira (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001) o de agresión (Easton y Shackelford, 2009; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2001), por lo que no es de extrañar que se hayan relacionado con el maltrato hacia la pareja (D. G. Dutton, Van Ginkel et al., 1996) y que sea uno de los motivos que los agresores atribuyen tras el ejercicio de la violencia (p. ej., Babcock, Costa, Green y Eckhardt, 2004). Dentro de las relaciones en las que existe maltrato, los términos “celoso” y “posesivo”, son utilizados frecuentemente en la descripción de los hombres que han ejercido la violencia de pareja (Barnard, Vera, Vera y Newman, 1982; M. Daly, Wilson y Weghorst, 1982; R. E. Dobash y Dobash, 1979; Polk y Ranson, 1991), ya sean utilizados por parte de la víctima (Columbus Coalition Against Family Violence, 2003; R. E. Dobash y Dobash, 1979; Hilberman y Munson, 1977; Langhinrichsen-Rohling, Palarea, Cohen y Rohling, 2000), como por el propio agresor, quien atribuye a los celos el motivo de su agresión (Brisson, 1981). Por lo tanto, parece que los celos juegan un papel importante tanto en el desarrollo de la violencia como en los intentos de los agresores por justificar su comportamiento violento (Mullen, 1995).

M. Daly y Wilson (1988) y Buss (2000) afirman que los celos o la amenaza de una separación es la primera causa de agresión en las relaciones íntimas y que las conductas celosas pueden ser exitosas en la evitación de que la pareja termine con la relación. Asimismo, la existencia de celos durante la relación se ha relacionado con las conductas de acoso que se dan tras un proceso de ruptura (Langhinrichsen-Rohling, Palarea et al., 2000;

Roberts, 2005; Wigman, Graham-Kevan y Archer, 2008), las cuales se basan en la búsqueda del reestablecimiento de la relación (Wigman et al., 2008).

Cuando se han comparado hombres violentos con no violentos (p. ej., D. G. Dutton, 1988; Holtzworth-Munroe y Anglin, 1991; Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993) se ha encontrado que los hombres violentos tienden a responder de manera más agresiva ante conflictos maritales relacionados con el abandono, el rechazo y los celos. En este sentido, y tal como se ha abordado previamente en el apartado de las atribuciones, los agresores tienden a atribuir intenciones negativas a los comportamientos de sus parejas, principalmente en aquellos que eliciten sentimientos de celos, rechazo, abandono o una situación de posible humillación, atribuciones que a su vez eliciten hostilidad e ira (D. G. Dutton y Browning, 1988; Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993).

Los celos se han asociado a su vez con la presunción de grandiosidad en el hombre, quien puede llegar a considerarse propietario de su pareja. Wilson y Daly (1998), definen la posesividad sexual (*sexual proprietariness* del inglés) como la combinación de celos sexuales, la presunción de grandiosidad en el hombre y la motivación por controlar el comportamiento sexual de su pareja. A su vez, la necesidad de control en las relaciones se ha encontrado asociada a los comportamientos celosos (Brainerd, Hunter, Moore y Thompson, 1996), lo que también se ha vinculado con el uso de las agresiones físicas hacia la pareja.

Esta posesividad y celos se han asociado con el riesgo del ejercicio de la violencia contra la pareja (Echeburúa, Fernández-Montalvo y de Corral, 2009) y se encuentran incluidas como factores de riesgo en diferentes medidas de valoración del riesgo tanto de agresión, como por ejemplo el SARA (*Spousal Assault Risk Assessment*, Kropp et al., 1995), que ha sido adaptado al español (Andrés Pueyo y López, 2005), como de homicidio, como por ejemplo el DA (*Danger Assessment Tool*, Campbell, 1995; Campbell et al., 2003; Campbell, Webster y Glass, 2009) y la medida de valoración de violencia grave y femicidio

en la relación de pareja (Echeburúa et al., 2009). De hecho, los celos, son uno de los motivos más frecuentes de violencia tanto en las parejas casadas (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997), como en las relaciones de noviazgo (Follingstad, Bradley, Laughlin y Burke, 1999). Con relación a la asociación con los uxoricidios, M. Daly y Wilson (1988) revisaron las circunstancias y los motivos de uxoricidio en varias sociedades y encontraron que en la mayoría de los casos en los que se describían los motivos del homicidio, era la sospecha de infidelidad o la decisión de la mujer de romper la relación la que había precipitado la agresión letal. La necesidad de control y los celos, han sido constantemente citados como factores de riesgo de uxoricidio (p. ej., Belfrage y Rying, 2004; Wilson y Daly, 1998), e incluso de homicidio con suicidio posterior (p. ej., (M. Cooper y Eaves, 1996; Marzuk, Tardiff y Hirsch, 1992).

Aunque los diferentes estudios indican que los celos son un factor de riesgo para el ejercicio de la violencia física contra la pareja (p. ej., Brainerd et al., 1996), no se puede olvidar que los comportamientos celosos en sí mismos pueden constituir un maltrato psicológico. Así, el control de la pareja, el aislamiento de la misma por el miedo a la infidelidad, al abandono o la necesidad de exclusividad, las conductas comprobatorias sexuales y no sexuales, el acoso al que la víctima se puede ver sometida por los intentos del agresor de disminuir la ansiedad producida por sus pensamientos celosos, la confrontación constante a la que las víctimas se ven sometidas por sus parejas en las que se dan insultos y amenazas, son, como se ha explicado en el capítulo uno, una forma más de violencia contra la pareja. Así, M. Daly y Wilson (1988) sugieren que la violencia de pareja puede verse en los intentos del hombre por dominar y controlar a su pareja.

3.2.5. El autoconcepto y la autoestima

La autoestima y el autoconcepto han sido aspectos estudiados en los hombres que ejercen la violencia hacia sus parejas. Aunque ambos conceptos son diferentes, a nivel

operativo resultan difíciles de diferenciar y han sido empleados con frecuencia de forma indistinta en la bibliografía general. El autoconcepto se refiere al elemento cognitivo de la actitud hacia uno mismo mientras que la autoestima se refiere a la valoración de ese elemento cognitivo, siendo de naturaleza emocional o afectiva. El autoconcepto se desarrolla a partir de las percepciones que la persona tiene sobre sí misma, que se forman mediante la interpretación de la experiencia propia y del ambiente, las cuales son influenciadas por los propios mecanismos cognitivos junto con el feedback de las personas significativas para la persona (Shavelson, Hubner y Stanton, 1976). Por lo tanto, el autoconcepto se entendería como la definición de uno mismo. La autoestima es una parte del autoconcepto, y consiste en el proceso evaluativo del concepto que uno tiene de sí mismo. Así, este término se refiere a los aspectos evaluativos y expresaría el concepto que uno tiene de sí mismo según unas cualidades valorativas (Greenwald et al., 2002; Musitu Ochoa, Román Sánchez y Gracia Fuster, 1988). Por lo tanto, el autoconcepto se entendería como la definición de uno mismo, mientras que la autoestima se referiría a la valoración que uno hace de ese concepto de uno mismo.

En relación a la violencia hacia la pareja, en la bibliografía científica existente se ha encontrado en numerosas ocasiones la relación entre ser víctima de violencia y baja autoestima. De hecho se considera la baja autoestima como consecuencia de la violencia a la que se ha visto sometida la víctima (p. ej., Aguilar y Nightingale, 1994; Campbell, 2002; Cascardi y O'Leary, 1992; Fischbach y Herbert, 1997; Follingstad, Brennan, Hause y Polek, 1991; Lewis et al., 2006; Lynch y Graham-Bermann, 2000; Oosthuizen y Wissing, 2005; Ramos, Carlson y McNutt, 2004). Sin embargo, los resultados obtenidos en los diferentes estudios relativos a la relación entre conducta agresiva y autoestima son contradictorios. Este debate relativo a la relación entre conducta agresiva y autoestima no es específico del tema de

la violencia contra la pareja, sino que aparece en la bibliografía sobre la conducta violenta en general (Baumeister, Smart y Boden, 1996; Calvete, 2008b).

Ciertos autores consideran que los hombres que ejercen la violencia contra sus parejas presentan unos niveles de autoestima más deteriorados que aquellos hombres que no son agresivos (Goldstein y Rosenbaum, 1985; Holtzworth-Munroe et al., 1997; Murphy et al., 1994; Neidig et al., 1986), mientras que otros autores consideran que las personas violentas tienen un concepto positivo de sí mismos, con altos niveles de autoestima (Baumeister, Bushman y Campbell, 2000; Bushman y Baumeister, 1998; Calvete y Connor-Smith, 2005; Hughes, Cavell y Grossman, 1997; Lochman y Dodge, 1994). Por otro lado, existen también estudios que han considerado que una autoestima inestable está relacionada con la hostilidad y la ira (Kernis, Grannemann y Barclay, 1989; Kernis, Grannemann y Barclay, 1992).

En cuanto a los estudios que consideran la baja autoestima y un pobre autoconcepto como factor asociado a la violencia de pareja, Goldstein y Rosenbaum (1985) compararon tres grupos de hombres: físicamente violentos en la pareja, felizmente casados y hombres con problemas en la relación pero no violentos. Sus resultados sugerían que existía una asociación entre baja autoestima y violencia contra la pareja, así como que los hombres violentos tendían a interpretar las conductas de sus parejas como amenazantes para el propio autoconcepto. De manera similar, Neidig et al. (1986) realizaron un estudio con una muestra de 119 militares que habían ejercido al menos un episodio de violencia de pareja en los últimos seis meses y encontraron, comparando su muestra con un grupo de control utilizando el Inventario de Autoestima de Coopersmith (Coopersmith, 1981), que los dos factores discriminativos en los violentos eran la baja autoestima y una baja expectativa en las interacciones con los demás. Ragg (1999) encontró en su estudio con una muestra de 272 agresores y no agresores, que los hombres violentos tenían en comparación con los no violentos un autoconcepto más negativo e inestable. En relación a la autoestima y el tipo de violencia ejercida contra la pareja,

Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) encontraron que los hombres agresores de tipo psicológico presentaban un nivel significativamente menor de autoestima que los agresores físicos.

Son diferentes las explicaciones que se dan respecto a la relación existente entre la baja autoestima y un pobre autoconcepto con la violencia de pareja. Así, algunos autores han considerado que una baja autoestima o un pobre autoconcepto en los hombres agresores tiende a compensarse por medio de la dominación y reafirmación de poder sobre la pareja utilizando el control y el abuso (Sonkin, Martin y Walker, 1985; Stosny, 1995). Se considera que las personas con una baja autoestima no tienden a atacar a personas que consideran poderosas o fuertes, sino a aquellas a las que consideran más débiles y ante las que consideran que van a ganar el conflicto (Baumeister et al., 1996), como sería el caso de la pareja. Otros autores han considerado que el estilo de apego inseguro se asocia a la existencia de una baja autoestima y que, por lo tanto, un estilo de apego inseguro, que se externaliza en una baja autoestima y sentimientos celosos, es el que puede producir reacciones violentas (D. G. Dutton et al., 1994). El miedo al abandono parece también un factor importante en el ejercicio de la violencia (Holtzworth-Munroe et al., 1997; Murphy et al., 1994), el cual se relaciona con una inseguridad en la relación de pareja. También, tal y como previamente se ha mencionado, diferentes estudios han encontrado que los hombres violentos hacia la pareja son muy reactivos a situaciones que implican un posible abandono, rechazo o celos (D. G. Dutton, 1988; Holtzworth-Munroe y Anglin, 1991; Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993), y una baja autoestima puede conllevar que la persona sea más sensible a percibir amenazas de este tipo, o incluso se ha afirmado que los celos y la posesividad que producen violencia en las relaciones de pareja han sido consideradas como resultado de una baja autoestima (Renzetti, 1992). En este sentido, G. L. White (1981) afirmó que una persona con alta autoestima tiene menos posibilidades de sentirse amenazado ante un rival imaginario o real.

S. C. Jones (1973) también afirmó que aquellas personas con una alta autoestima tienen menos posibilidades de interpretar la atracción de su pareja hacia otra persona como un rechazo a sí mismo.

En cuanto a la idea de que tener una alta autoestima está más relacionado con las conductas agresivas que una baja autoestima, Baumeister et al. (1996) propusieron que no es la baja autoestima sino la alta autoestima la que se asocia a las conductas violentas. Así, estos autores sugirieron que las personas con una autoestima elevada pero inestable son las que tienden en mayor medida a reaccionar ante ofensas y amenazas contra su autoconcepto. Si bien, consideran que los hombres violentos dentro de las relaciones de pareja pueden tener en mayor medida que otro tipo de hombres violentos una baja autoestima, que se traduce en la agresión al más débil, consideran que muchos de los agresores de pareja ejercen la violencia como medida para mantener su superioridad, la cual han considerado amenazada. Estos autores consideran que en estos casos, es el patrón de creencias en la superioridad de uno como marido el que puede conducir a la agresión de la mujer en el caso de sentir una amenaza, como forma de reafirmar su superioridad. Estos autores incluso llegaron a afirmar que es necesario tener cuidado a la hora de llevar a cabo un tratamiento que incluya el aumento de autoestima de los hombres violentos, puesto que esto podría conllevar un aumento del riesgo de agresión, dado que si se aumenta el autoconcepto, éste puede ser defendido de forma agresiva ante un ataque real o imaginario. Sin embargo, los resultados de un estudio realizado por Murphy, Stosny y Morrel (2005) con varias muestras de hombres violentos contra sus parejas, indican que el aumento de autoestima durante la intervención se correlaciona con una reducción de la violencia dentro de la relación y, por lo tanto, no aumenta el riesgo de agresiones posteriores tal y como Baumeister y sus colaboradores afirmaban.

No obstante, es importante tener en cuenta que los agresores de pareja no conforman un grupo homogéneo y, en cuanto a la autoestima se refiere, podrían existir dos grupos diferentes de personas que ejercen la violencia. Por una parte, aquellas con baja autoestima en la que los celos y la violencia aparecerían por el miedo al rechazo y abandono, y otras con una alta autoestima en el que la violencia podría aparecer por un deseo de control de la pareja y reafirmación de su superioridad, y los celos podrían aparecer por el miedo a una humillación pública en caso de un abandono o infidelidad. De hecho, los hombres agresores con rasgos de personalidad antisocial y narcisista tienden a tener un autoconcepto inflado e inestable en vez de una baja autoestima (Baumeister et al., 1996). Así, y dentro de los diferentes tipos de agresores puede existir un grupo en cuyos rasgos de personalidad se incluyan los característicos de la personalidad narcisista (R. Johnson et al., 2006; R. J. White y Gondolf, 2000). Tal y como describe el DSM-IV-TR estas personas muestran un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía. Asimismo, presentan una autoestima muy frágil y esta vulnerabilidad en su autoestima hace que los individuos con este trastorno sean “muy sensibles al daño por criticismo o derrota. Aunque pueden no expresarlo externamente, las críticas pueden cazar a estos individuos y pueden hacerles sentir humillados, degradados, huecos y vacíos, pudiendo reaccionar con desdén, ira o contraataque desafiante” (DSM-IV-TR: American Psychiatric Association, 2002, pg. 734). Así, los hombres violentos contra sus parejas con estos rasgos de personalidad pueden ejercer la violencia cuando consideran que sus parejas no están reconociendo su valía, sintiéndose ofendidos dada su sensibilidad a la crítica y a la oposición (R. J. White y Gondolf, 2000).

En este sentido, Prince y Arias (1994) realizaron un estudio examinando las interacciones entre los niveles de autoestima, el deseo de control y el control percibido personal e interpersonal en una muestra de 72 hombres agresores y no agresores y

encontraron dos subgrupos o patrones asociados a la violencia de pareja. El primero de ellos fue el que obtuvo un mayor número de sujetos y se caracterizaba por una baja autoestima y bajo deseo y percepción de control. El segundo grupo, con un menor número de sujetos, se caracterizaba por una alta autoestima, un alto deseo de control y una baja percepción de control. Estos autores consideraron que el primer grupo de agresores podría ejercer la violencia ante los sentimientos de frustración derivados de sus sentimientos de dependencia y falta de poder, mientras que el segundo grupo podría mostrar conductas violentas como forma de conseguir el control que perciben que no tienen y que desean, en un intento de crear el ambiente que consideran apropiado para ellos.

Tal y como afirman Murphy et al. (2005) los niveles de autoestima pueden influir en la violencia hacia la pareja a través de interacciones complejas con otros factores, como podrían ser, entre otros, el deseo y la percepción de poder. Esto resulta congruente con la teoría de que algunos hombres podrían ejercer la violencia contra sus parejas para obtener el poder y el control en su relación y manejar las amenazas que perciben en su identidad masculina (Harway et al., 1999; Pence y Paymer, 1993; Walker, 1984). Por lo tanto, parece importante prestar atención a las estructuras cognitivas más profundas que se encuentran en la base de estos deseos de poder y control, y que dirigen los mecanismos de procesamiento que llevan a la interpretación de ciertos estímulos como amenazantes.

3.2.6. Los esquemas

Tal y como se ha descrito previamente, los esquemas son las estructuras cognitivas o creencias centrales sobre uno mismo, los demás y el mundo, que se encuentran en el nivel más profundo y menos accesible de la conciencia (A. T. Beck, 1976).

Young et al. (2003) proponen la existencia de una serie de esquemas disfuncionales tempranos (EDTs) que consisten en elementos organizados a partir de conductas y

experiencias pasadas que forman un cuerpo de conocimiento y que modelarían nuestra forma de percibir e interpretar el mundo y a nosotros mismos.

Desde esta perspectiva los diferentes procesos cognitivos de los hombres que ejercen la violencia hacia sus parejas podrían estar influenciados por estos niveles más profundos de cogniciones. No obstante, y aunque se han realizado diversos estudios relativos a estos esquemas tempranos en relación a la conducta violenta, como por ejemplo en muestras de adolescentes (Calvete y Orúe, 2010), en poblaciones con trastornos de la personalidad narcisista y psicopatía (Torres, 2002), en agresores sexuales (Richardson, 2005), así como en las propias víctimas de la violencia de pareja (p. ej., Buesa, 2009; Calvete, Estévez y Corral, 2007a; Calvete, Estévez y Corral, 2007b), llama la atención la aparente falta de estudios sobre estas estructuras cognitivas en las personas que ejercen la violencia íntima. Más aún, considerando las diferentes tipologías que se han propuesto a lo largo de las últimas décadas, y a partir de las cuales se acepta que existe un tipo de agresor generalmente violento o antisocial, en cuyas características subyacen cogniciones con temas de hostilidad, egoísmo, grandiosidad y narcisismo, y otro grupo de agresor, el emocionalmente disfórico o límite, en cuyos rasgos cognitivos subyacería el miedo, la dependencia, la ira, los celos y la externalización de la responsabilidad (Gilchrist, 2007).

Tal y como previamente se ha expuesto, los estudios de los rasgos cognitivos en los agresores de pareja se han centrado principalmente en los procesos cognitivos y en sus productos, y, aunque se han estudiado las actitudes sobre la violencia y los roles de género de esta población, no ha existido un intento por evaluar o identificar otros esquemas cognitivos que podrían subyacer a esos patrones de pensamiento.

Por otra parte, parece que ciertas vivencias en la infancia desempeñan un papel importante en el desarrollo del posterior funcionamiento en el adulto. Los esquemas disfuncionales tempranos propuestos por Young (1999) tienen su origen en la satisfacción o

insatisfacción de necesidades emocionales y sociales básicas en la infancia, por lo que el ambiente en el que el menor se desarrolla cumple un papel fundamental en el establecimiento de estos esquemas.

Los diferentes estilos o tipos de crianza que adoptan los padres, es decir, los comportamientos y actitudes hacia sus hijos durante su desarrollo, pueden traer consecuencias negativas o positivas. Aunque existen diversas clasificaciones de los posibles estilos educativos de los padres, la realizada por (Baumrind, 1971, 1991) es una de las clasificaciones más relevantes. Esta autora clasificó a los padres y madres según tres estilos educativos denominados “democrático”, “autoritario” y “permisivo”. A estos posteriormente añadió un cuarto estilo: “negligente” (Baumrind, 1991; Maccoby y Martin, 1983). Esta clasificación la realizó en función de las formas o estilos básicos de actuación de los padres y madres hacia los hijos e hijas que estarían definidos por el cariño o afecto hacia ellos, el modelo de control que realizan sobre su conducta, las expectativas que tienen sobre los menores y las estrategias que utilizan para que se cumplan sus expectativas.

Aunque existen numerosos estudios que se han centrado en la influencia de los estilos parentales y sus pautas de crianza sobre los problemas en el desarrollo de los hijos, pocos son los que se han centrado en la influencia de estos estilos en el desarrollo de esquemas cognitivos tempranos. Young (Young et al., 2003) identificó una serie de estilos educativos parentales que se asociarían a los diferentes esquemas disfuncionales tempranos. Estos estilos parentales han sido evaluados en pocos estudios (Estévez y Calvete, 2007; Sheffield, Waller, Emanuelli, Murray y Meyer, 2006), aunque existen otros trabajos que, aunque no han valorado específicamente estos estilos parentales identificados por Young, han valorado la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos y los estilos de crianza (A. E. Harris y Curtin, 2002; Shah y Waller, 2000). En todos estos estudios se ha encontrado una relación

entre estilos de crianza parentales disfuncionales o negativos, según el estudio, y la presencia de esquemas disfuncionales tempranos.

En el ámbito de la violencia de pareja, desde el inicio del estudio de los hombres violentos en el ámbito familiar, diversos autores han propuesto la existencia de una relación entre las experiencias vividas en la infancia y el riesgo de ejercer la violencia en la edad adulta. Más específicamente, los estudios se han centrado en las experiencias de violencia vividas en la infancia, en las que el menor ha podido ser víctima directa de la violencia (p. ej., Godbout, D. G. Dutton, Lussier y Sabourin, 2009; Herrenkohl et al., 2004; Merrill, Hervig y Milner, 1996; Whitfield, Anda, Dube y Felitti, 2003) o indirecta, testigo de la violencia parental (p. ej., J. L. Carr y VanDeusen, 2002; Godbout et al., 2009; Hotaling y Sugarman, 1986; Oriel y Fleming, 1998). Asimismo, existen diversos estudios que relacionan diferentes estilos de crianza parentales con el riesgo de desarrollo de patrones de conducta desviados en los hijos. Así, se ha encontrado una relación positiva entre la conducta agresiva y un estilo de crianza en el que predomina el afecto negativo, como sucede en el estilo autoritario y el negligente (Ramírez-Castillo, 2002). De hecho, el tipo de afecto parece ser un factor muy importante en el desarrollo de conductas agresivas en la infancia y adolescencia, llegando a señalarse que un bajo nivel de afecto por parte de la madre o por parte de ambos progenitores es un predictor de la agresividad (p. ej., Mestre, Samper, Nácher, Cortés y Tur, 2005; Romano, Tremblay, Boulerice y Swisher, 2005; Samper, Aparici y Mestre, 2006).

En cuanto a los agresores de pareja, en nuestro país existe una revisión sistemática realizada por Gil-González et al. (2008) en la que se concluye que existe una relación consistente entre las experiencias previas de violencia en la infancia y el riesgo de ejercer la violencia de pareja en el futuro, a pesar de las limitaciones de muchas de las investigaciones revisadas. En cualquier caso, hay que señalar que en nuestro país no existen estudios que se hayan centrado en el estudio de los estilos parentales percibidos en los agresores de pareja.

3.2.6.1 *Los esquemas disfuncionales tempranos.*

Young et al. (2003) han identificado dieciocho esquemas diferentes agrupados en cinco dominios o categorías. Así como tres estilos de afrontamiento disfuncionales.

Los cinco dominios o categorías propuestas en las que se organizarían los dieciocho esquemas son las siguientes (Young et al., 2003; Young y Klosko, 2007):

- El dominio de *Desconexión y Rechazo*: en esta categoría se incluirían aquellos esquemas que implicarían la expectativa de que las necesidades personales relativas a la seguridad, la estabilidad afectiva, la crianza, la empatía, la aceptación y el respeto no serán satisfechas. Estos esquemas tienen su origen en un núcleo familiar caracterizado por la indiferencia, la frialdad, el rechazo, la ocultación, la soledad, el abuso o la imprevisibilidad.

En esta categoría se incluyen los esquemas de Abandono/Inestabilidad, Desconfianza/Abuso, Privación Emocional, Imperfección/Culpa y Aislamiento social/Alienación.

El dominio de *Autonomía Deteriorada*: Esta categoría contiene los esquemas cuyas expectativas sobre uno mismo y el ambiente son negativas, en cuanto a la capacidad de funcionar independientemente de los demás o tener éxito. El origen de estos esquemas está en el desarrollo dentro de núcleos familiares en los que se cuestionan las capacidades del niño para actuar de forma autónoma o en las que existe una sobreprotección (Estévez y Calvete, 2007), impidiendo que el menor refuerce su capacidad de actuar de forma independiente fuera del ámbito familiar.

En esta categoría se incluyen los esquemas de Dependencia/Incompetencia, Vulnerabilidad al daño o la enfermedad, Apego Inmaduro y Fracaso.

- El dominio de *Límites Deteriorados*: Este dominio está formado por los esquemas que se caracterizan por la deficiencia en establecer límites internos, en asumir responsabilidades con respecto a los demás, así como en plantearse objetivos a largo plazo.

Estos esquemas conllevan la dificultad en respetar los derechos de los demás, cooperar, asumir compromisos o establecer objetivos personales realistas. El origen de estos esquemas se encuentra en familias caracterizadas por la excesiva permisividad, sobreindulgencia, falta de dirección, y carencia de disciplina y límites, en relación a la asunción de responsabilidad e importancia de la reciprocidad. En algunos casos los menores no han aprendido a tolerar la frustración.

En esta categoría se incluyen los esquemas de Grandiosidad y Autocontrol Insuficiente.

- El dominio de *Foco u Orientación hacia los Demás*: Esta categoría consiste en aquellos esquemas que implican un énfasis excesivo en satisfacer los deseos y sentimientos de los demás a expensas de las propias necesidades, en búsqueda de la aprobación y el amor ajeno, o la evitación de castigos (McGinn y Young, 1996). Estos esquemas tienen su origen en familias donde la aceptación está condicionada, por lo que los menores han de suprimir aspectos importantes de sí mismos para obtener atención, aceptación u afecto, o evitar ser castigados. En este tipo de familias se valoran más los deseos y necesidades de los padres, y la aceptación social o estatus, que las necesidades de los niños.

Los esquemas incluidos en esta categoría son la Subyugación, el Autosacrificio y la Búsqueda de Aprobación/Búsqueda de reconocimiento.

- El dominio de *Vigilancia Excesiva e Inhibición*: Esta categoría consiste en los esquemas caracterizados por un énfasis excesivo en suprimir los sentimientos e impulsos propios o en seguir reglas o expectativas rígidas e inflexibles a expensas de la propia felicidad y satisfacción. Estos esquemas se originan en el seno de familias severas, demandantes y punitivas, donde el cumplimiento de las normas y las reglas, el perfeccionismo, la ocultación de emociones y la ejecución sin errores predomina sobre la espontaneidad y la alegría (Young y Klosko, 2001). Los esquemas incluidos en esta categoría

son la Inhibición Emocional, el Pesimismo/Negatividad, los Estándares Inflexibles y la Punitividad.

Los estilos de afrontamiento son estrategias que se utilizan para afrontar los esquemas. Éstas estrategias pueden variar para un mismo esquema y también pueden variar a lo largo del tiempo y dependiendo de los diferentes momentos de la vida (Pérez-Nieto, González-Ordi y Redondo, 2007; Young et al., 2003). Mientras que el esquema permanece intacto, los estilos de afrontamiento van cambiando para el mismo esquema. El esquema son los pensamientos, emociones, recuerdos y sensaciones corporales, mientras que la conducta es parte del estilo de afrontamiento (Young y Klosko, 2007). Young ha identificado tres estilos de afrontamiento disfuncionales básicos, debido a que estas estrategias perpetúan el esquema, a pesar de que éstas vayan variando a lo largo del tiempo o en función de las circunstancias. Aunque en un inicio, estos estilos de afrontamiento eran adaptativos para el niño, con el paso del tiempo se han convertido en desadaptativos. Los tres estilos de afrontamiento son los siguientes (Young et al., 2003):

- La rendición: La rendición se refiere a la ausencia de lucha o evitación del esquema, es decir, a la rendición a él, a la asunción de que el contenido del esquema es cierto y a dejarse llevar por él. Las personas cuando ejecutan este estilo de afrontamiento aceptan el esquema como una realidad y actúan y repiten los patrones accionados por el esquema, actuando de manera que se perpetúan las experiencias vividas en la niñez en la edad adulta. Por ejemplo, la persona con un esquema de grandiosidad y un estilo de afrontamiento de este tipo, mantiene relaciones en las que pueda aprovecharse de la otra persona o conseguir que las cosas se hagan a su manera, así como ensalzarse dentro de la relación.

- La evitación: Este estilo de afrontamiento se refiere a la evitación de la activación del esquema. Es un intento de rechazar el esquema y todo lo que él conlleva, mediante la evitación de situaciones o relaciones que lo puedan activar. En este sentido, puede darse el

consumo de drogas, de alcohol, el aislamiento social o comportamientos compulsivos con el objetivo de evitar pensamientos y sentimientos conectados a su esquema (Young et al., 2003). Por ejemplo, la persona con un esquema de grandiosidad y este tipo de estilo de afrontamiento evitará las situaciones o el mantenimiento de relaciones en las que las personas que lo rodean lo consideren “normal” y no sea considerado superior.

- La sobrecompensación: Este estilo de afrontamiento se refiere a la lucha contra el esquema dirigiéndose al opuesto contrario del mismo. Es decir, pensar, actuar y sentir como si lo opuesto al esquema fuese la realidad, dando una alternativa al dolor que acompaña al esquema. Es intentar ser lo más diferente posible de lo que se fue cuando se era un niño. Por ejemplo, la persona con un esquema de grandiosidad y este estilo de afrontamiento actuará en oposición a la naturaleza del esquema, por ejemplo, atendiendo de forma excesiva las necesidades de los demás o de su pareja.

De los 18 esquemas que resultan de los cinco dominios o categorías sólo expondré diez, debido a la importancia que tienen dentro de nuestro estudio, tanto desde un punto de vista teórico como por los indicios de estudios previos. Estos esquemas son: Dentro del dominio de desconexión y rechazo, el esquema de privación emocional, el esquema de abandono/inestabilidad, el esquema de desconfianza/abuso y el esquema de imperfección y culpa; dentro del dominio de autonomía deteriorada, el esquema de fracaso, el esquema de dependencia/incompetencia y el esquema de apego inmaduro; Dentro del dominio de límites deteriorados el esquema de grandiosidad y el esquema de autocontrol insuficiente; Y por último, dentro del dominio de esquemas de foco hacia los demás, el esquema de subyugación.

Tal y como se desprende de la descripción de estos esquemas, incluyen contenidos extremadamente consistentes con los hallados en las diversas tipologías de agresores de pareja expuestas anteriormente. Más aún, para algunos de ellos se han encontrado

asociaciones significativas con otros tipos de conducta violenta. A continuación se exponen y describen los esquemas disfuncionales tempranos.

1. *El Esquema de Privación Emocional.*

Este esquema, que se encuentra dentro de la categoría de desconexión y rechazo, incluye la creencia de que las necesidades emocionales de uno mismo no serán satisfechas de manera adecuada por parte de otras personas (Young y Klosko, 2007). Dentro de este esquema se incluirían creencias del tipo “durante gran parte de mi vida, no me he sentido alguien especial para nadie”, “en general, no he tenido a mi lado personas que me dieran cariño, apoyo y afecto” o “durante la mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me escuchase, me comprendiese o conectase con mis verdaderas necesidades o sentimientos”.

Los estilos de afrontamiento utilizados por la persona con este esquema conllevarán que sus comportamientos dentro de las relaciones afectivas puedan variar. Así, la rendición al esquema hará que la persona seleccione parejas que no satisfagan sus necesidades emocionales, la evitación del mismo supondrá el que rehuya o no mantenga relaciones de pareja y la sobrecompensación implicará que actúe de forma demandante hacia su pareja y familiares en lo que a la satisfacción de sus necesidades emocionales se refiere (Young et al., 2003).

2. *El esquema de Abandono/Inestabilidad.*

Este esquema pertenece al dominio de desconexión y rechazo. Se refiere a la creencia de que los demás no podrán ofrecer el apoyo emocional o protección que uno necesita porque son impredecibles y terminarán por abandonarlo. Las creencias en este esquema son del tipo “necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos”, “me siento aferrado/a a las personas a las que estoy muy unido/a porque tengo miedo de que me abandonen” o “cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí, me desespero”.

Los estilos de afrontamiento de este esquema darían lugar, en el caso de la rendición, a la selección de parejas que tienen dificultades para el compromiso, en el caso de la evitación a impedir el comienzo o mantenimiento de relaciones de pareja, y en el caso de la sobrecompensación al intento por mantener a la pareja lejos de uno mismo, intentando no establecer una relación de dependencia, así como fluctuar entre el acercamiento y el alejamiento de la pareja (Young et al., 2003).

Tal y como previamente se ha mencionado en este estudio, el miedo al abandono parece ser un factor importante en el ejercicio de la violencia de pareja (Holtzworth-Munroe et al., 1997; Murphy et al., 1994). Diferentes autores han encontrado que los agresores de pareja son muy reactivos a situaciones que implican un posible abandono, rechazo o celos (D. G. Dutton, 1988; Holtzworth-Munroe y Anglin, 1991; Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993). Parece por lo tanto que la ansiedad ante la pérdida y el abandono son factores asociados a los agresores de pareja (D. G. Dutton et al., 1994; D. G. Dutton, 2007). Es más, el abandono real se ha considerado como factor de riesgo para el uxoricidio. Así, M. Daly y Wilson (1988) en su revisión sobre los motivos de uxoricidio encontraron que en la mayoría de los casos la sospecha de infidelidad o la decisión de la mujer de romper la relación la que había precipitado la agresión letal.

Por todo esto, sería esperable encontrar este esquema en los agresores de pareja de nuestro estudio

3. El esquema de Desconfianza/ Abuso.

Este esquema, incluido en la categoría de desconexión y rechazo, se refiere a la creencia de que las otras personas herirán, abusarán, humillarán, mentirán y se aprovecharán de uno mismo, y, en ocasiones, incluirá la creencia de que el daño ocasionado es intencional o el resultado de una negligencia (Young y Klosko 2007). También puede incluir la sensación de que al final uno siempre termina engañado (Young et al., 2003). Dentro de este esquema

se incluirían creencias del tipo “presiento que la gente se aprovechará de mí”, “es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione”, “siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente”, o “soy bastante desconfiado/a respecto a las intenciones de los demás”.

Los estilos disfuncionales utilizados para el afrontamiento de este esquema, pueden implicar el que la persona no confíe en los demás y rehuya a ser vulnerable, en el caso de la evitación, termine manteniendo relaciones en las que su pareja sea abusiva, en el caso de la rendición, o ejerza el abuso como forma de sobrecompensación (Young et al., 2003).

Este esquema se relaciona con los estilos atribucionales sesgados, en particular con las atribuciones de hostilidad. Así, la hostilidad se caracteriza por un patrón relativamente persistente de creencias y actitudes negativas sobre los demás, que conlleva una tendencia a la irritabilidad, cinismo, desconfianza, suspicacia, sensibilidad a los desprecios o críticas de los demás, interpretación negativa de las intenciones de los demás y a la denigración de los otros (Magai, 1996; Miller et al., 1996; Pérez-Nieto et al., 2008; J. Sanz et al., 2006). Diversos estudios han relacionado este esquema con el componente atribucional hostil del Procesamiento de la Información Social (*Social Information Processing*; SIP, Dodge, 1986) (p. ej., Calvete y Orúe, 2010; Calvete y Orúe, en prensa). Tal y como previamente se ha mencionado en este trabajo, la hostilidad y la ira están fuertemente correlacionadas (Andreu et al., 2002; Ruiz et al., 2001) debido a que la aparición de la ira se relaciona con la valoración que se le da un hecho, evento, situación o fracaso acontecido, principalmente en lo que se refiere a la responsabilidad de otros ante acontecimientos que son dañinos (Miguel-Tobal et al., 1997; Oatley y Larocque, 1995; Pérez-Nieto et al., 2000). Así, existen estudios que han encontrado una relación entre la presencia de este esquema y la conducta agresiva reactiva (Calvete y Orúe, 2010). En cuanto a las conductas violentas dentro de las relaciones de pareja, diversos autores consideran la hostilidad como factor de riesgo para el desarrollo

de este tipo de comportamientos (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998), y parece que los hombres que ejercen este tipo de violencia tienden a atribuir intenciones negativas a los comportamientos de sus parejas (D. G. Dutton y Browning, 1988; Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993).

Debido a esto, sería esperable encontrar la presencia de este esquema en los agresores de pareja.

4. El esquema de Imperfección /Culpa.

Incluido en la categoría de desconexión y rechazo, este esquema incluye la creencia de que uno es defectuoso, imperfecto, no querido o no válido en aspectos importantes de la vida, o que uno no es digno del afecto o amor por parte de los demás. Puede asimismo implicar una hipersensibilidad a la crítica y al rechazo. Dentro de este esquema se incluirían las afirmaciones y creencias sobre uno mismo del tipo “nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese realmente”, “en mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables como para poder abrirme a los demás” o “pienso que ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos”.

Dentro de las relaciones los estilos de afrontamiento utilizados para este esquema, pueden conllevar: En la rendición, la búsqueda de relaciones de pareja y amistades que sean críticos con uno mismo, y en el que uno sea puesto constantemente en situación de inferioridad. En la sobrecompensación, la crítica y rechazo de la pareja mientras que uno se hace pasar por perfecto. Y en la evitación, el intento por eludir las relaciones sociales (Young et al., 2003).

Este esquema está relacionado con un pobre autoconcepto y baja autoestima. Dentro de las relaciones de pareja en las que existe violencia, y tal como previamente se ha descrito, diversos autores consideran que uno de los subtipos de agresores podría presentar unos niveles de autoestima deteriorados (Holtzworth-Munroe et al., 1997; Murphy et al., 1994;

Goldstein y Rosenbaum, 1985; Neidig et al., 1986), y que los mismos podrían intentar compensarse por medio de la dominación y reafirmación de poder sobre la pareja utilizando el control y el abuso (Sonkin et al., 1985; Stosny, 1995).

5. *El esquema de Dependencia/ Incompetencia.*

Este esquema se encuentra dentro del dominio denominado autonomía deteriorada y se refiere a la creencia de que uno no es capaz de manejar las responsabilidades diarias y cotidianas de forma adecuada y competente sin las ayuda de otras personas. Con frecuencia puede presentarse una sensación de impotencia.

Las creencias dentro de este esquema serían del tipo “no me siento capaz de arreglármelas por mí mismo en las cosas de cada día”, “no confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día” o “me veo a mí mismo como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día.”

En función de los estilos utilizados para afrontar este esquema, se pueden dar diferentes tipos de actitudes y comportamientos. Así, en el caso de la rendición al esquema, la persona aceptaría este esquema como válido y aceptaría el que su pareja tomase todas las decisiones en la relación. En el caso de la evitación, la persona con este tipo de esquema y este estilo de afrontamiento rehuiría la toma de decisiones y las situaciones que requiriesen nuevos retos o aprendizajes. Y, por último, en el caso de la sobrecompensación, la persona actuaría como si fuese completamente autosuficiente y no pediría ayuda o consejo incluso en los momentos en los que hacerlo sería adaptativo y adecuado para su situación (Young et al., 2003).

Este esquema, al igual que el esquema de imperfección, se relaciona con un pobre autoconcepto y baja autoestima. Diversos autores consideran la dependencia como un factor asociado a ciertos agresores de pareja (p. ej., D. G. Dutton, 2007; N. S. Jacobson et al., 1995; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994). Así, por ejemplo, Prince y Arias (1994) encontraron un

grupo de agresores que podría ejercer la violencia ante los sentimientos de frustración derivados de sus sentimientos de dependencia y falta de poder.

6. *El esquema de Apego Inmaduro.*

Este esquema pertenece a la categoría de autonomía deteriorada y se refiere al excesivo vínculo, cercanía o implicación emocional con las personas significativas, impidiendo la individualización o desarrollo de una identidad individual normal. En este esquema se incluirían las creencias del tipo “a menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o de mi pareja”, “a menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia” o “mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y yo en la suya”.

En función de los estilos utilizados para afrontar este esquema se pueden dar diferentes tipos de actitudes y comportamientos. En el caso de la rendición, se puede producir que la persona con este esquema y este tipo de afrontamiento viva a través de su pareja, sin discernir o separar lo que uno u el otro vive, con el desarrollo de un vínculo disfuncional en el que se vive a través de la otra persona. En el caso de la evitación, se tendería a intentar mantener constantemente la independencia de la pareja y se produciría una obstaculización de la intimidad en la relación. Por último, en el caso de la sobrecompensación la persona puede intentar ser completamente diferente a su pareja en todos los aspectos con un excesivo nivel de independiente (Young et al., 2003).

Es importante señalar que la teoría del apego en hombres agresores ha recibido cierta atención, y ha sido considerada en diversos estudios (Davis et al., 2000; D. G. Dutton et al., 1994; D. G. Dutton, 1995a; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Holtzworth-Munroe et al., 2000). Los resultados de los diferentes estudios que han tenido en consideración este constructo señalan que los agresores de pareja presentan mayores estilos de apego inseguro, ansioso y desorganizado (p. ej., Holtzworth-Munroe et al., 1997). Además, el apego inseguro

se relaciona con la impulsividad y con la “ira íntima” (D. G. Dutton et al., 1994; Follingstad et al., 2002). Así, parece que los agresores de pareja con estilos de apego ansioso-ambivalente se caracterizan por tener una gran necesidad de cercanía con la pareja pero al mismo tiempo presentan un gran malestar ante la misma (Holtzworth-Munroe et al., 1997; Holtzworth-Munroe et al., 2000). Además presentan altos niveles de depresión, ansiedad e ira asociada al sentimiento de abandono, así como tendencia a altos niveles de celos y síntomas de haber experimentado un trauma (D. G. Dutton, 2007).

Resulta interesante por lo tanto, valorar la existencia de este esquema en los hombres agresores de nuestra muestra.

7. *El esquema de Fracaso.*

Este esquema forma parte de aquellos esquemas incluidos en el dominio de autonomía deteriorada y describe la creencia de que uno ha fracasado, fallado, o que fracasará en el futuro, con una consideración de sí mismo como inadecuado en comparación con los demás. Dentro de este esquema se incluirían las autoafirmaciones del tipo “la mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento”, “no soy tan inteligente como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o estudio)”, “soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea” o “no hago casi nada en el trabajo (o en la universidad) tan bien como lo pueden hacer otras personas”.

El estilo de afrontamiento de rendición ante este esquema conllevaría el que la persona no se esforzase por realizar las tareas de forma exitosa, mientras que el afrontamiento de este esquema sobrecompensatorio conllevaría lo contrario, esto es, que se comporte de forma que intente constantemente conseguir logros. Por otra parte, la evitación implicaría la persona intente eludir tareas o retos.

Este esquema, al igual que sucedía con los esquemas de dependencia e imperfección, se relaciona con un pobre autoconcepto y baja autoestima.

8. *El esquema de Subyugación.*

Este esquema se encuentra dentro del dominio de foco hacia los demás e implica la renuncia a los propios derechos para evitar el enfado, represalias o el abandono, por lo que implica un sentimiento de ser coaccionado por los demás. Este esquema incluiría creencias del tipo “tengo muchas dificultades para exigir que se respeten mis derechos y que se tengan en cuenta mis sentimientos”, “siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera” o “pienso que si hago lo que quiero, sólo me buscaré problemas”.

Entre los estilos de afrontamiento inadecuados para este esquema, la rendición conllevaría que la persona permitiese a los demás que controlen las situaciones y tomen las decisiones, la evitación daría lugar a rehuir de situaciones que puedan dar lugar a conflictos con las otras personas y la sobrecompensación implicaría la rebelión contra las órdenes o la autoridad.

Este esquema ha sido descrito como una manifestación de falta de asertividad y habilidades sociales (Calvete y Orúe, 2008) y, tal y como previamente se ha descrito en este estudio, diversas tipologías de agresores de pareja consideran la carencia de de habilidades sociales y asertivas como característica de muchos agresores (Holtzworth-Munroe, 1992; Holtzworth-Munroe et al., 1997). Es más, esta carencia es considerada como uno de los factores que confluyen para el aumento del riesgo de la violencia íntima (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998).

9. *El esquema de Grandiosidad.*

Este esquema forma parte de la categoría de límites deteriorados. Es un esquema cuya creencia central está en que uno se siente y cree superior a los demás, con privilegios y derechos especiales, por lo que no se ve obligado a la reciprocidad de la interacción social normal. Con una especial atención a la satisfacción de las necesidades propias a expensas de

la satisfacción de los demás. Las autoafirmaciones de este esquema serían del tipo “soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas”, “siento que no tendría que seguir las normas básicas ni convencionalismos que siguen los demás”, “me es muy difícil aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás” o “siento que lo que yo puedo ofrecer es más valioso que lo que los demás me aportan a mí”

El afrontamiento de este esquema dará lugar a diferentes tipos de actitudes y comportamientos. Así, la rendición al esquema de grandiosidad se traduciría en la imposición de sus formas de hacer las cosas, enaltecer sus logros y la búsqueda de su propio beneficio. La evitación como estilo de afrontamiento dará lugar a eludir situaciones sociales o relaciones en las que él o ella es considerado “normal”, entendiendo esto como “promedio”, es decir, la evitación de las relaciones en las que no es considerado superior. Por otra parte, la sobrecompensación de este esquema daría lugar a la atención excesiva de las necesidades de los demás.

Este esquema resulta de gran interés dada su asociación con la autoestima y con la conducta agresiva. Tal y como previamente se ha descrito en este trabajo, diversos autores consideran que ciertas personas violentas tienen un concepto positivo de sí mismos, con altos niveles de autoestima (Baumeister et al., 2000; Bushman y Baumeister, 1998; Calvete y Connor-Smith, 2005; Hughes et al., 1997; Lochman y Dodge, 1994). Así, ciertos agresores de pareja podrían ejercer la violencia como medida para mantener y reafirmar su superioridad, la cual han podido considerar amenazada (Baumeister et al., 1996). Asimismo, los diversos autores parecen estar de acuerdo en que existe un subtipo de agresores de pareja que se caracteriza por los rasgos de personalidad antisociales y narcisistas (R. Johnson et al., 2006; R. J. White y Gondolf, 2000), lo cuales se caracterizan por tener un autoconcepto inflado e inestable (Baumeister et al., 1996). Además, diversos estudios han mostrado que este tipo de

cognición predice el comportamiento antisocial (Barry et al., 2007; Calvete, 2008b) y este esquema en concreto ha sido asociado a la conducta violenta proactiva o instrumental (Calvete y Orúe, 2010).

Por lo tanto, resulta interesante evaluar la presencia de este esquema en la muestra de agresores de pareja de este estudio y su asociación con el resto de variables estudiadas en el mismo.

10. *El esquema de Autocontrol Insuficiente.*

Este esquema se encuentra dentro del dominio de límites deteriorados y se refiere a la dificultad o al rechazo de ejercer un autocontrol o tolerancia a la frustración para lograr los objetivos personales o controlar la excesiva expresión de las emociones o los impulsos propios. Es una manifestación de la evitación de las incomodidades. En este esquema las creencias serían del tipo “no consigo obligarme a hacer aquello que no me gusta, aunque sepa que es por mi bien”, “si no puedo alcanzar un objetivo, me siento frustrado/a enseguida, y dejo de intentarlo” o “lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas por conseguir un objetivo a largo plazo”.

Los diferentes estilos de afrontamiento disfuncionales darán lugar a por ejemplo el que abandone tareas que le parecen aburridas o tediosas en el caso de la rendición, que rehuya de responsabilidades en el caso de la evitación, y que se comporte de forma excesivamente autocontrolada y disciplinada en el caso de la sobrecompensación.

El estudio de este esquema resulta de especial interés debido a que se encuentra muy relacionado con la impulsividad y los problemas de autocontrol, los cuales, a su vez, han sido asociados en numerosas ocasiones a la conducta agresiva (p. ej., Archer, Kilpatrick y Bramwell, 1995; Vigil-Colet, Morales-Vives y Tous, 2008). Más específicamente, estas dificultades han sido asociadas a la conducta violenta reactiva, que es aquella que aparece ante la percepción de una provocación e implica altos niveles de ira (Bushman y Anderson,

2001). Dentro de la violencia íntima, tanto las dificultades de control de la ira como la agresividad reactiva han sido también variables de estudio en los agresores de pareja (p. ej., Eckhardt et al., 2008; Murphy et al., 2007; Ross y Babcock, 2009; Tweed y D. G. Dutton, 1998).

3.2.6.2. Los esquemas disfuncionales tempranos y la conducta violenta.

Tal y como previamente se ha descrito, el modelo cognitivo de la psicopatología sugiere de la existencia de esquemas disfuncionales que se asocian de forma específica a los diferentes problemas emocionales y conductuales (A. T. Beck, 1991). De esta forma, la conducta violenta ha sido asociada a diferentes esquemas disfuncionales tempranos (Young et al., 2003).

Los diferentes estudios que han valorado los esquemas y han tenido en consideración la conducta violenta, ponen de manifiesto la existencia de una asociación entre esquemas disfuncionales concretos y este tipo de conducta (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Tremblay y Dozois, 2009). El dominio de límites deteriorados, el cual implica dificultades en el establecimiento de los límites internos y en la asunción de responsabilidades con respecto a los demás, y que incluye los esquemas de autocontrol insuficiente y grandiosidad, se considera desde el modelo de la terapia de esquemas asociado a la conducta violenta (Young y Klosko, 2001). Asimismo, ambos esquemas de este dominio han sido asociados al humor agresivo (Dozois, Martin y Bieling, 2009), que es aquel que utiliza el sarcasmo, las bromas burlonas y despectivas y las ridiculizaciones. Además, la hostilidad y la ira han sido asociadas a estos dos esquemas (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Tremblay y Dozois, 2009).

El esquema disfuncional de grandiosidad, el cual implica la creencia de que uno es superior a otras personas y merecedor de derechos y privilegios especiales, ha sido también asociado a la conducta violenta (Calvete y Orúe, 2010). Es importante destacar, que desde la

terapia de esquemas se diferencia entre varios tipos de esquemas disfuncionales de grandiosidad. Por una parte, la “grandiosidad frágil”, entendida como aquella que aparece como una forma de sobrecompensar los sentimientos subyacentes de imperfección y privación emocional, y que se relaciona con el trastorno de personalidad narcisista (Young et al., 2003), y por otra, la “grandiosidad pura”, que es aquella que proviene de una falta de límites y no asunción de responsabilidades con respecto a los demás y a la propia conducta. Este esquema ha sido asociado a la conducta violenta proactiva (Calvete y Orúe, 2010; Calvete, Orúe y Sampedro, en prensa; Tremblay y Dozois, 2009), la cual aparece de manera instrumental y con la expectativa de conseguir un beneficio u objetivo (Crick y Dodge, 1996; Dodge, Lochman, Harnish, Bates y Pettit, 1997).

Lo anterior resulta congruente con la asociación encontrada entre la violencia proactiva y los rasgos narcisistas de personalidad (Salmivalli, 2001; Washburn, McMahon, King, Reinecke y Silver, 2004), aunque no se descarta una asociación con la conducta violenta reactiva cuando las personas con estos rasgos de personalidad consideran que su autoimagen o autoestima está siendo atacada (Baumeister et al., 1996; Bushman y Baumeister, 1998). El esquema de grandiosidad se ha asociado, además, a la violencia física y verbal (Tremblay y Dozois, 2009), y a la violencia física filio-parental (de hijos a padres) (Calvete et al., en prensa).

Por su parte, el esquema disfuncional de autocontrol insuficiente, que implica la existencia de dificultades para controlar la excesiva expresión de las emociones o los impulsos propios y la carencia de un autocontrol o tolerancia a la frustración para lograr los objetivos personales, ha sido asociado a la conducta violenta en diferentes estudios. Así, este esquema ha sido asociado al humor agresivo antes expuesto (Dozois et al., 2009), así como a la ira (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005) y a la hostilidad (Tremblay y Dozois, 2009). No es de extrañar que este esquema se asocie a la conducta violenta si

tenemos en consideración que se encuentra muy relacionado con la impulsividad y los problemas de autocontrol, los cuales, a su vez, han sido asociados en numerosas ocasiones a la conducta agresiva (p. ej., Archer et al., 1995; Vigil-Colet et al., 2008).

También el esquema disfuncional temprano de abuso o desconfianza, que implica la suspicacia o expectativa de que las otras personas abusarán, humillarán, herirán, mentirán o tomarán ventaja de uno, y, en ocasiones, incluirá la creencia de que el daño es intencional o resultado de una negligencia, ha sido asociado a la conducta violenta en diversos estudios (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Calvete y Orúe, 2010; Tremblay y Dozois, 2009). Así, en el estudio sobre la estructura factorial del cuestionario YSQ-SF (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005) los resultados indican que este esquema se asocia a la ira, la cual, tal y como previamente se ha explicado, está fuertemente asociada a la conducta violenta (Lochman et al., 1991) y a la violencia de pareja (Norlander y Eckhardt, 2005). Además, el esquema de abuso o desconfianza ha sido asociado a la conducta violenta reactiva (Calvete y Orúe, 2010), que es aquella que aparece como respuesta a una amenaza o daño real o imaginario o ante la percepción de una provocación. Asimismo, y dentro de los tipos de agresión posibles, este esquema ha sido asociado tanto a la agresión verbal como a la física (Tremblay y Dozois, 2009).

En este estudio se pretende conocer cuáles son los esquemas disfuncionales tempranos más prevalentes en los hombres que ejercen la violencia de pareja, ya que hasta la fecha y en nuestro conocimiento, no existen investigaciones que hayan estudiado estos constructos en esta población determinada.

3.2.6.3. Los estilos de crianza parentales asociados al origen de los esquemas en los agresores de pareja.

Tal y como se ha descrito, los esquemas disfuncionales tempranos se desarrollan durante la infancia y la adolescencia (Young, 1999; Young et al., 2003). Desde la teoría de

esquemas, se sugiere que existen ciertas necesidades básicas durante el desarrollo que de no ser satisfechas pueden dar lugar al desarrollo de estos esquemas disfuncionales tempranos, los cuales se traducirían en patrones de pensamiento disfuncionales y comportamientos no adaptativos, como sería el caso de la conducta violenta. Asimismo, Bowlby (1979) afirma que las experiencias adversas durante la infancia contribuyen al desarrollo de las primeras estructuras cognitivas (esquemas). Se considera, por lo tanto, que los estilos de crianza parentales juegan un papel fundamental en el desarrollo de estos esquemas disfuncionales (Rafaeli, Bernstein y Young, 2011; Young et al., 2003). En este sentido es importante destacar que para la terapia de esquemas el factor más importante radica en el desajuste entre el temperamento y las necesidades del niño y el estilo de crianza parental ejercido (Young et al., 2003). Así, un estilo parental concreto no afectará de la misma manera a un niño que a otro. En cuanto a las experiencias adversas de crianza, éstas han sido asociadas en diferentes estudios a los esquemas disfuncionales tempranos (p. ej., (Cecero, Nelson y Gillie, 2004; A. E. Harris y Curtin, 2002; C. Jones, Harris y Leung, 2005; Leung, Thomas y Waller, 2000; Meyer y Gillings, 2004; Muris, 2006; Shah y Waller, 2000; Sheffield et al., 2006; Thimm, 2010; Turner, Rose y Cooper, 2005a; Turner, Rose y Cooper, 2005b).

Por otra parte, Carrasco y González (2006), en una revisión sobre las teorías sobre la agresión, describen como existen diferentes modelos que relacionan la conducta agresiva en la infancia con los estilos de crianza parentales, y mencionan variables tales como el rechazo, la falta de apoyo y afecto, el uso del castigo para el control del comportamiento infantil, la falta de supervisión y una inconsistente disciplina, como factores de riesgo para el desarrollo de este tipo de conducta.

En el ámbito de la violencia de pareja, y más específicamente en el estudio de los perpetradores de este tipo de violencia, existen diversos autores que consideran que ciertas experiencias vividas en la infancia contribuyen al riesgo de desarrollo de conductas violentas

en el futuro, y específicamente en la relación íntima (p. ej., Downs, Smyth y Miller, 1996; D. G. Dutton y Hart, 1992; D. G. Dutton, 2007; Holtzworth-Munroe et al., 1997; Hotaling y Sugarman, 1986; Kalmuss, 1984; Widom, 1989). En este sentido, tanto el ser víctima de la violencia como testigo de la misma en la infancia se ha asociado con el riesgo de ejercer conductas violentas hacia la pareja en el futuro (p. ej., Dumas, Margolin y John, 1994; Ehrensaft et al., 2003; Magdol, Moffitt, Caspi y Silva, 1998; Rosenbaum y Leisring, 2003; Stith et al., 2000). Asimismo, tanto los estilos parentales excesivamente autoritarios o permisivos también se consideran factores de riesgo para el desarrollo de conductas violentas (p. ej., Kwong, Bartholomew, Henderson y Trinke, 2003; Mestre, Tur, Samper y Latorre, 2010; Raya, Pino y Herruzo, 2009; Roa y Del Barrio, 2002; Sanmartín et al., 2010; Tur, Mestre y del Barrio, 2004a; Tur, Mestre y del Barrio, 2004b).

Young et al. (2003) identificaron una serie de estilos educativos parentales disfuncionales que se asociarían a los diferentes esquemas. Estos estilos, al igual que sucede con los esquemas disfuncionales se categorizan en cinco dominios o categorías: *Desconexión y Rechazo*, se refiere a aquellos entornos carentes de las necesidades básicas de afecto aceptación y estabilidad, o a aquellos entornos impredecibles y abusivos. *Autonomía Deteriorada*, aquellos estilos de crianza que reflejan un ambiente sobreprotector, donde no se facilita ni potencia la autonomía e independencia del niño. *Límites deteriorados* se refiere a aquellos estilos de crianza excesivamente permisivos e indulgentes, sin normas, dirección o confrontación. *Tendencia hacia los demás*, hace referencia a los estilos parentales en las que las necesidades del niño son poco valoradas así como relegadas a las necesidades o deseos de los demás. Son entornos en los que se muestra una aceptación condicional, conllevando la supresión en el niño de aspectos importantes para sí mismo. Y la *sobrevigilancia e Inhibición* que incluye los estilos parentales que suprimen la satisfacción y espontaneidad, buscan el perfeccionismo y resaltan lo negativo.

La relación entre estos estilos parentales y los esquemas ha sido evaluada en unos pocos estudios (Estévez y Calvete, 2007; Sheffield et al., 2006). Los resultados encontrados en estos estudios indican que existe una asociación entre los estilos de crianza parentales disfuncionales y la presencia de esquemas disfuncionales tempranos. Además, existen otros estudios que aunque no han valorado específicamente estos estilos parentales, han valorado la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos y los estilos de crianza, encontrando también una relación entre estilos de crianza negativos y la presencia de esquemas disfuncionales tempranos (A. E. Harris y Curtin, 2002; Shah y Waller, 2000).

Teniendo en consideración la asociación entre los esquemas tempranos y la conducta violenta, así como la relación entre los estilos parentales disfuncionales y el riesgo de desarrollo de conductas violentas en el ámbito íntimo, es razonable pensar que los agresores de pareja presentarán estilos de crianza inadecuados, que estarán asociados a la presencia de los esquemas disfuncionales descritos en los agresores de pareja. Estos aspectos son estudiados en esta investigación.

3.2.6.4. Los esquemas disfuncionales tempranos y los trastornos de personalidad.

Por último, tal y como previamente se ha expuesto, desde el modelo cognitivo, el supuesto central en la comprensión de los trastornos psicológicos es el concepto de esquema (Clark y Beck, 1997). Diferentes estudios han concluido que existe una relación entre los esquemas disfuncionales tempranos y diferentes trastornos psicológicos, como son la depresión (p. ej., Calvete, Corral y Estévez, 2007; Calvete, Estévez y Corral, 2007a; Calvete et al., 2008; Estévez y Calvete, 2009; L. P. Riso et al., 2003; Welburn et al., 2002), la ansiedad general (Calvete et al., 2008; Welburn et al., 2002), la ansiedad y fobia social (Calvete y Orúe, 2008; Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo y Cunha, 2006), el abuso de sustancias (Brotchie, Meyer, Copello, Kidney y Waller, 2004; Calvete y Estévez, 2009), los trastornos de la alimentación (M. J. Cooper, Rose y Turner, 2006; Unoka, Tölgyes, Czobor y

Simon, 2010; Van Vlierberghe, Braet y Goossens, 2009), el trastorno de pánico con agorafobia (Hedley, Hoffart y Sexton, 2001) y el juego patológico (Estévez y Calvete, 2007).

Asimismo, desde la teoría cognitiva, los esquemas constituyen en sí mismos los elementos básicos de la personalidad del individuo (A. T. Beck et al., 2005). Así, la esencia de los trastornos de personalidad se encuentra en los esquemas disfuncionales que los caracterizan y perpetúan (A. T. Beck et al., 2005; Pretzer y Beck, 1996). Desde la terapia de esquemas, se propone que los rasgos de personalidad disfuncionales y los trastornos de personalidad pueden explicarse desde los esquemas disfuncionales tempranos (Young, 1999; Young et al., 2003). Así, se considera que los esquemas disfuncionales tempranos están fuertemente arraigados y son inflexibles en cuanto a las creencias sobre uno mismo, los demás y el mundo. Además de que comparten componentes cognitivos, afectivos y conductuales, se puede apreciar la existencia de la similitud entre esquemas y la descripción de la sintomatología presentada en los trastornos de personalidad (S. N. Carr y Francis, 2010). Desde la teoría de esquemas, los esquemas disfuncionales tempranos, los estilos de afrontamiento ante dichos esquemas y los modos, son los aspectos centrales en los trastornos de personalidad (Young et al., 2003).

Diversos estudios han examinado la relación existente entre los EDTs y los síntomas de los trastornos de personalidad, tanto en poblaciones clínicas (p. ej., Ball y Cecero, 2001; Gude, Hoffart, Hedley y Rø, 2004; Jovev y Jackson, 2004; Loper, 2003; Nordahl, Holthe y Haugum, 2005; Petrocelli, Glaser, Calhoun y Campbell, 2001b), como en no clínicas (p. ej., S. N. Carr y Francis, 2010; Reeves y Taylor, 2007; Schmidt, 1994; Schmidt, Joiner, Young y Telch, 1995). Estos estudios han encontrado que los EDTs se asocian a rasgos o trastornos de personalidad concretos.

En este sentido, los diferentes trastornos de personalidad parecen tener asociados diferentes EDTs (Nordahl et al., 2005; Petrocelli et al., 2001b). Desde la terapia de esquemas,

los diferentes esquemas asociados según los rasgos o trastornos de personalidad de este estudio que aparecen en el DSM-IV-TR son los siguientes:

1. El trastorno dependiente de la personalidad se encontraría asociado principalmente al EDT de dependencia/incompetencia. Schmidt (1994) encontró en su muestra de 1100 estudiantes que este EDT se asociaba a los síntomas de este trastorno de la personalidad. Por otra parte, Nordahl et al. (2005), encontraron en su estudio con una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios que este trastorno de la personalidad se asociaba al dominio de desconexión y rechazo. Asimismo, otros autores han encontrado en sus investigaciones, que el EDT de abandono se asocia también a este trastorno de la personalidad (S. N. Carr y Francis, 2010; Gude et al., 2004; Nordahl et al., 2005; Petrocelli et al., 2001b; Reeves y Taylor, 2007). En este sentido, cabe destacar que diversos autores han sugerido que esta asociación puede deberse a que los individuos con este trastorno de la personalidad pueden buscar en otras personas ayuda, apoyo y la toma de decisiones, no porque consideren que no pueden funcionar por sí mismos, sino porque esto puede ayudarles a evitar que las otras personas les abandonen, por lo que el factor de mantenimiento de este trastorno no sería tanto la incapacidad de funcionar por sí mismos sino la percepción de que las personas puedan dejarle solo (S. N. Carr y Francis, 2010). Así, se han propuesto dos tipos diferentes de personalidad dependiente, la dependiente a nivel emocional (EDT Abandono), que es aquella cuyo factor de mantenimiento se encuentra en el miedo al abandono, y la personalidad dependiente funcional (EDT dependencia), que es aquella cuyo factor de mantenimiento se encontraría en la creencia de que uno no puede funcionar por sí mismo (p. ej., S. N. Carr y Francis, 2010; Gude et al., 2004).

2. El trastorno histriónico de la personalidad se ha encontrado asociado a diferentes EDTs. Así, este trastorno se ha encontrado asociado al EDT de búsqueda de aprobación, que se refiere a la creencia de que uno necesita la aprobación, el reconocimiento y la atención de

los otros, a expensas del desarrollo de la propia identidad, al EDT de privación emocional y al EDT de imperfección (Bernstein, 2002). Asimismo, se ha asociado a los EDTs de autosacrificio (Petrocelli et al., 2001b) y de subyugación (S. N. Carr y Francis, 2010). Finalmente se ha encontrado una asociación negativa con los EDTs de inhibición emocional, aislamiento social (Reeves y Taylor, 2007) (Reeves y Taylor, 2007) y abuso (S. N. Carr y Francis, 2010).

3. El trastorno Narcisista de la personalidad tiene como EDTs principales asociados la grandiosidad, privación emocional e imperfección. Tal y como previamente se ha expuesto, el trastorno narcisista de la personalidad se relaciona con la “grandiosidad frágil”, que es aquella que aparece como una forma de sobrecompensar los sentimientos subyacentes de imperfección y privación emocional (Young et al., 2003), mientras que la “grandiosidad pura” es aquella que proviene de una falta de límites y no asunción de responsabilidades con respecto a los demás y a la propia conducta. Los diferentes estudios realizados para establecer la relación entre este trastorno de la personalidad y los EDTs han encontrado asociaciones entre los síntomas de este trastorno y los EDTs de grandiosidad (Bernstein, 2002; Reeves y Taylor, 2007; Sines, Waller, Meyer y Wigley, 2008), autocontrol insuficiente (Bernstein, 2005; Nordahl et al., 2005), abuso (Reeves y Taylor, 2007) y estándares inalcanzables (Bernstein, 2002; Petrocelli et al., 2001b; Sines et al., 2008), a la vez que se han encontrado asociaciones negativas con los EDTs de autosacrificio (S. N. Carr y Francis, 2010) y aislamiento social (Sines et al., 2008).

4. El trastorno antisocial de la personalidad se asocia a varios EDTs. Éstos son los cuatro incluidos en el dominio de desconexión y rechazo (abuso, abandono, privación emocional e imperfección) y los dos incluidos en el dominio de falta de límites (grandiosidad y autocontrol insuficiente) (Bernstein, 2002). Tal y como se ha expuesto en el capítulo dos, existe una diferenciación entre el trastorno antisocial de la personalidad y la psicopatía.

Mientras que la primera de ellas se refiere al hecho de tener un comportamiento y un estilo de vida desviado socialmente (Hare, 2000; Hare et al., 2000), el segundo concepto, implica un componente relacional y afectivo, en el que existe una visión narcisista de la vida (A. T. Beck, 2003; Hare, 2003). A. T. Beck (2003) expone que la diferencia entre una persona con psicopatía y aquella cuyos comportamientos son antisociales pero no psicopáticos, se encuentra en el concepto de sí mismo, de los demás y de las estrategias que utiliza. Así, expone que el psicópata primario tiene un sentido de la grandiosidad y egocentrismo, viendo a los demás como inferiores y débiles, y utilizando estrategias manipuladoras y violentas. Por su parte, el secundario o reactivo tiene un concepto de sí mismo de imperfecto y vulnerable, una visión hostil de los demás, con desconfianza hacia las acciones ajenas, y unas estrategias violentas como solución inadecuada a sus problemas. Partiendo de esta diferenciación y dentro de los EDTs encontrados en los diferentes estudios que han valorado la asociación entre los EDTs y el trastorno de la personalidad antisocial, destaca la asociación encontrada por varios autores entre este trastorno de la personalidad y el EDT de grandiosidad (Bernstein, 2002), por su posible relación con el psicópata primario descrito por A. T. Beck (2003). Asimismo, otros de los EDTs encontrados, como son el EDT de abuso o desconfianza (Ball y Cecero, 2001; Bernstein, 2002) y los EDT de abandono, privación emocional, imperfección (Bernstein, 2002) y vulnerabilidad al daño (Ball y Cecero, 2001) parecen reflejar los aspectos señalados por A. T. Beck (2003) de la personalidad antisocial secundaria o reactiva.

5. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se asocia principalmente al EDT de estándares inflexibles (Bernstein, 2002; S. N. Carr y Francis, 2010; Jovev y Jackson, 2004; Reeves y Taylor, 2007; Schmidt, 1994), el cual implica la creencia de que hay que luchar para satisfacer los estándares interiorizados de conducta y rendimiento, generalmente para evitar críticas (Young, 1999; Young et al., 2003). Asimismo, este trastorno se ha

asociado a los EDTs de inhibición emocional y punitividad (Bernstein, 2002), que implican la creencia de que uno debe evitar la espontaneidad para mantener la sensación de previsión y control sobre la propia vida o para evitar la vergüenza, así como la creencia de que las personas deben ser castigadas por cometer errores e implica la tendencia a enfadarse, irritarse, ser intolerante y punitivo con esas personas, incluso con uno mismo. Este trastorno de la personalidad también se ha sido asociado de forma negativa al EDT de apego inmaduro (Reeves y Taylor, 2007).

6. El trastorno límite de la personalidad ha sido el más estudiado dentro de la terapia de esquemas, la cual ha recibido un gran apoyo y reconocimiento en el tratamiento de este trastorno (Rafaeli et al., 2011). Las personas con este trastorno de la personalidad tienen frecuentes cambios de humor, pensamiento y comportamiento (American Psychiatric Association, 2002; Arntz, Genderen y Genderen, 2009), y debido a esta variabilidad pueden tener diversos EDTs en un momento determinado (Arntz et al., 2009), por lo que el concepto de *modo de esquema* es la base para el entendimiento de su variabilidad. Tal y como previamente se ha descrito el *modo* es un estado temporal que incluye unos EDTs y una forma de afrontamiento en un momento concreto. En relación a los EDTs asociados a este trastorno de la personalidad el EDTs más significativo es el abandono (Ball y Cecero, 2001; Bernstein, 2002; Jovev y Jackson, 2004; Reeves y Taylor, 2007). Las personas con este trastorno no soportan la soledad y realizan grandes esfuerzos para evitar el abandono real o imaginario (American Psychiatric Association, 2002). Asimismo, este trastorno se asocia a los EDTs de abuso, privación emocional, imperfección, control insuficiente, dependencia, inhibición emocional, subyugación, punitividad y vulnerabilidad al daño o al peligro (Arntz et al., 2009).

7. El trastorno paranoide de la personalidad se asocia principalmente al EDT de abuso o desconfianza (Bernstein, 2002; Bernstein y Useda, 2007; S. N. Carr y Francis, 2010;

Nordahl et al., 2005; Reeves y Taylor, 2007; Schmidt, 1994), aunque aparecen otros EDTs asociados a este trastorno, como son el de imperfección (Bernstein y Useda, 2007; Nordahl y Nysæter, 2005), privación emocional (Nordahl y Nysæter, 2005), y vulnerabilidad al daño (Bernstein y Useda, 2007). De esta forma, los esquemas disfuncionales más relevantes en este trastorno de la personalidad llevan a que la persona tenga unos profundos sentimientos de inferioridad e inadecuación (EDT imperfección), considere que los demás puedan querer hacerle daño (EDT abuso), se sienta inseguro (EDT vulnerabilidad al daño) y crea que no recibirá ayuda ni apoyo (EDT privación emocional), y como consecuencia, adopte una actitud vigilante ante los posibles ataques de los demás y reaccione con agresividad ante situaciones que considere hostiles (Bernstein y Useda, 2007).

La terapia cognitiva de los trastornos de personalidad tiene como objetivo prioritario el alivio y la disminución de los síntomas mediante la modificación de los esquemas disfuncionales subyacentes, dado que estas estructuras producen malestar a través de su influencia en los procesos cognitivos y resultan en una evaluación disfuncional del ambiente y de la persona (Schmidt et al., 1995). Por este motivo, la identificación y el tratamiento de los esquemas subyacentes es un componente esencial en el tratamiento de los trastornos de personalidad (A. T. Beck et al., 2005). A pesar de que la terapia de esquemas es considerada una terapia adecuada y eficaz para los trastornos de personalidad, hasta la fecha, existen pocos estudios que hayan analizado su eficacia para el tratamiento de estos trastornos (Farrell, Shaw y Webber, 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Nordahl y Nysæter, 2005).

Los trastornos de personalidad son muy prevalentes en muestras forenses y penitenciarias (p. ej., Cai, Gu y Yao, 2010; de Ruitter y Greeven, 2000; Hildebrand y de Ruitter, 2004; Kjelsberg et al., 2006; Leue, Borchard y Hoyer, 2004; Rasmussen, Storsæter y Levander, 1999; Timmerman y Emmelkamp, 2001; Tye y Mullen, 2006). Y tal como se va expuesto en el segundo capítulo, son también muy prevalentes en los hombres maltratadores

(D. G. Dutton y Starzomski, 1993; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008; Hamberger y Hastings, 1986; Hamberger y Hastings, 1988; Hamberger y Hastings, 1991; Hart et al., 1993; Loinaz et al., 2010; Saunders, 1992). Por este motivo y dada su asociación con los EDTs, en la presente investigación se estudiaran los trastornos de personalidad prevalentes en la muestra de agresores de pareja, los EDTs de la misma y la asociación de los trastornos de personalidad con los EDTs.

3.3. CONCLUSIONES

Muchos estudios han intentado conocer cuales son los mecanismos cognitivos propios de los hombres que ejercen la violencia de pareja que los diferencian de aquellos que no son violentos en la relación.

Parece evidente que es necesario tener en consideración que los hombres que ejercen la violencia dentro de las relaciones íntimas no son un grupo homogéneo, por lo que las características cognitivas de los diferentes tipos de agresores pueden asimismo diferir en cuanto a un grupo u otro de agresores. Así, los diferentes estudios parecen estar de acuerdo en que muchos de estos hombres agresores presentan esquemas inadecuados relativos al uso de la violencia y sobre los roles de género (p. ej., Arias y O'Leary, 1988; Bookwala et al., 1992; Cano et al., 1998; Heise, 1998; Heise y García-Moreno, 2003; O'Neil y Harway, 1997; Pence y Paymer, 1993; Sanmartín et al., 2000; Walker, 1984). Además se ha encontrado que muchos de estos hombres tienen una tendencia a realizar procesos atribucionales sesgados (p. ej., D. G. Dutton, 1986; Henning et al., 2005; Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993; Shields y Hanneke, 1983), y que los celos en la relación son un factor de riesgo para el desarrollo de conductas violentas (p. ej., D. G. Dutton, 1988; Holtzworth-Munroe y Anglin, 1991; Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993). Asimismo, parece que existen problemas relacionados con la autoestima y el autoconcepto en este tipo de población (p. ej., Neidig et al., 1986; Prince y Arias, 1994).

Hasta la fecha y en nuestro conocimiento, no ha existido un intento por evaluar o desarrollar supuestos relativos a los mecanismos subyacentes que generan estos procesos cognitivos distorsionados, es decir, al origen o esquema cognitivo disfuncional que subyace a esos patrones de pensamiento.

La teoría de la especificidad del contenido cognitivo sugiere la existencia de esquemas disfuncionales que se asocian de forma específica a los diferentes problemas emocionales y conductuales (A. T. Beck, 1991). De esta forma, tanto la conducta violenta (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Tremblay y Dozois, 2009; Young et al., 2003), como los trastornos de la personalidad, que con frecuencia aparecen en maltratadores (p. ej., Ball y Cecero, 2001; Gude et al., 2004; Jovev y Jackson, 2004; Loper, 2003; Nordahl et al., 2005; Petrocelli et al., 2001b), han sido asociados a diferentes esquemas cognitivos disfuncionales.

Por otro lado, numerosos estudios muestran que los estilos parentales disfuncionales aumentan el riesgo de desarrollo de conductas violentas, específicamente en el ámbito de las relaciones íntimas (p. ej., Downs et al., 1996; D. G. Dutton y Hart, 1992; D. G. Dutton, 2007; Holtzworth-Munroe et al., 1997; Hotaling y Sugarman, 1986; Kalmuss, 1984; Widom, 1989). Además, las experiencias adversas de crianza han sido asociadas a los esquemas disfuncionales tempranos (p. ej., Cecero et al., 2004; A. E. Harris y Curtin, 2002; C. Jones et al., 2005; Leung et al., 2000; Meyer y Gillings, 2004; Muris, 2006; Shah y Waller, 2000; Sheffield et al., 2006; Thimm, 2010; Turner et al., 2005a, 2005b).

Dada la asociación entre los esquemas disfuncionales tempranos y la conducta violenta, así como la relación entre los estilos parentales disfuncionales y el riesgo de desarrollo de conductas violentas en el ámbito íntimo, es razonable pensar que los agresores de pareja presentarán este tipo de esquemas disfuncionales, así como que los estilos de crianza inadecuados estarán asociados a la presencia de esos esquemas en los agresores de

pareja. Asimismo, dada la alta prevalencia de los trastornos de personalidad en las muestras de agresores de pareja, y la asociación encontrada entre los esquemas disfuncionales tempranos y los trastornos de personalidad, es también razonable pensar que los agresores de pareja que presenten trastornos de personalidad presentarán a su vez una mayor prevalencia de esquemas disfuncionales tempranos concretos.

Por tanto este estudio se fundamenta en la premisa de que el estudio de los esquemas disfuncionales, su origen en experiencias de crianza negativas, y su relación con los trastornos de personalidad permitirán un mayor conocimiento de las características de los diferentes tipos de maltratadores en la relación de pareja.

4. CONCLUSIONES MARCO TEÓRICO

Es evidente que la violencia de pareja es un grave problema de nuestra sociedad actual y por ello ha supuesto modificaciones en el ámbito jurídico, penal, social y educativo, y que sea considerado un problema de ámbito público (Echeburúa y Corral, 1998).

Esta violencia, que produce graves consecuencias en la salud física y mental de las víctimas (Krug et al., 2002), tiene una prevalencia en nuestro país que oscila entre un 15 y un 30% (Echeburúa et al., 1998; Fontanil et al., 2005; Labrador et al., 2006). En España, los delitos por violencia contra la mujer se han convertido en el tercer motivo más frecuente de ingreso en prisión, con un total de 4.734 hombres internos en centros penitenciarios por este delito a finales del año 2009 (Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Frente a los numerosos estudios que se han realizado sobre el impacto de la violencia sobre las víctimas, se han realizado relativamente muchos menos estudios centrados en los perpetradores de la violencia íntima. Sin embargo, desde una perspectiva preventiva y de tratamiento resulta fundamental la identificación de los factores que contribuyen a que un hombre actúe de forma violenta en la relación de pareja.

Las teorías multicausales explicativas del comportamiento del agresor en la pareja inciden en la importancia de los factores culturales, sociales, interaccionales y personales en el desarrollo de este tipo de violencia. Asimismo, existe un consenso en la afirmación de que los hombres violentos en las relaciones de pareja no conforman un grupo homogéneo sino que se trata de una población en la que existen diferentes subtipos de hombres agresivos, si bien existen ciertos problemas de salud mental que aparecen con frecuencia en los agresores de pareja, como son los problemas del estado de ánimo y del control de la ira, el abuso de alcohol y otras sustancias y los trastornos de la personalidad. Además, parece existir un consenso en que muchos de estos hombres presentan esquemas inadecuados relativos al uso de la violencia y sobre los roles de género, problemas de celos y problemas relativos a su

autoconcepto y autoestima, así como una tendencia a realizar procesos atribucionales sesgados.

Jeffrey Young (1999) ha desarrollado un modelo denominado Terapia de Esquemas, en el cual describe una serie de esquemas disfuncionales tempranos. Los esquemas disfuncionales tempranos constituyen un patrón amplio y profundo que incluye componentes cognitivos, afectivos y conductuales, están fuertemente arraigados y son inflexibles en cuanto a las creencias sobre uno mismo, los demás y el mundo, por lo que se consideran implicados en numerosos rasgos disfuncionales de la personalidad. Estos esquemas tienen su origen en las experiencias tempranas y se desarrollan debido a un desajuste entre el temperamento y las necesidades del niño y el estilo de crianza parental ejercido (Young et al., 2003).

Estudios recientes han mostrado que diversos esquemas cognitivos disfuncionales se asocian a la conducta violenta (Calvete, 2008b; Calvete y Orúe, 2010; Welburn et al., 2002). Así como otros han mostrado que algunos esquemas disfuncionales tempranos se asocian a trastornos de la personalidad concretos (p. ej., Ball y Cecero, 2001; Gude et al., 2004; Jovev y Jackson, 2004; Loper, 2003; Nordahl et al., 2005; Petrocelli et al., 2001b).

Por otra parte, parece existir un consenso en la idea de que las disposiciones del niño junto con las influencias ambientales son factores que contribuyen al desarrollo de la personalidad (T. Millon, 1981; T. Millon, Grossman, Millon, Meagher y Ramnah, 2006) y que las experiencias adversas vividas durante el desarrollo son factores de riesgo para el desarrollo de rasgos clínicos y trastornos de la personalidad. Asimismo, diversos estudios muestran que los estilos parentales disfuncionales contribuyen al riesgo de desarrollo de conductas violentas en la relación de pareja (p. ej., Downs et al., 1996; D. G. Dutton y Hart, 1992; D. G. Dutton, 2007; Holtzworth-Munroe et al., 1997; Hotaling y Sugarman, 1986; Kalmuss, 1984; Widom, 1989), y que las experiencias adversas de crianza se asocian con los esquemas disfuncionales tempranos (p. ej., Cecero et al., 2004; A. E. Harris y Curtin, 2002;

C. Jones et al., 2005; Leung et al., 2000; Meyer y Gillings, 2004; Muris, 2006; Shah y Waller, 2000; Sheffield et al., 2006; Thimm, 2010; Turner et al., 2005a, 2005b).

Por tanto, todos estos antecedentes sugieren que los esquemas disfuncionales tempranos pueden ejercer un rol importante en la conducta de los agresores de pareja y que en concreto pueden estar asociados tanto a su conducta violenta como a los trastornos de personalidad que son tan característicos en este colectivo. Estos antecedentes también sugieren que determinados estilos de crianza y experiencias tempranas pueden estar en el origen de los esquemas y sus problemas asociados.

Sin embargo, aunque diversos estudios han identificado características cognitivas presentes en algunas de las tipologías de hombres agresores, así como los trastornos de personalidad predominantes y ciertas vivencias en la infancia que han podido contribuir al desarrollo de la violencia de pareja, en nuestro conocimiento, hasta la fecha, aún no se ha evaluado la presencia de esquemas disfuncionales tempranos en los agresores de pareja ni su rol en los trastornos de personalidad y conducta violenta en este colectivo.

Además, y dado que es necesario un conocimiento profundo de los factores y variables asociados a la aparición de este tipo de violencia con el objetivo de enfocar de manera adecuada los esfuerzos por establecer medidas que puedan disminuirla e incluso erradicarla (Díaz-Aguado et al., 2002), este estudio se fundamenta en la premisa de que el estudio de los esquemas disfuncionales, su origen en experiencias de crianza negativas, y su relación con los trastornos de personalidad permitirán un mayor conocimiento de las características de los diferentes tipos de maltratadores en la relación de pareja y podrá suponer una ayuda de cara a establecer intervenciones psicológicas más completas con este tipo de población.

5. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DEL ESTUDIO

5.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El presente estudio tiene como objetivo general conocer el rol de los esquemas disfuncionales tempranos y los rasgos clínicos y trastornos de personalidad en los agresores de pareja condenados por un delito de violencia contra la mujer.

Esto a su vez implica los siguientes objetivos más concretos:

1. Conocer los rasgos clínicos y trastornos de personalidad más prevalentes en la muestra de agresores de pareja.
2. Conocer los esquemas disfuncionales tempranos (EDTs) clínicos más prevalentes en la muestra de agresores de pareja.
3. Explorar si los agresores de pareja tienen un perfil diferencial a nivel de EDTs en comparación con el grupo de contraste.
4. Conocer los estilos de crianza parentales recordados en los agresores de pareja.
5. Explorar si existen diferencias entre los estilos de crianza recordados en los agresores de pareja y las personas del grupo de contraste.
6. Evaluar si los EDTs se asocian a determinados estilos de crianza disfuncionales en los agresores de pareja.
7. Explorar el rol diferencial de los estilos de crianza maternos y paternos en relación con los EDTs.
8. Conocer la relación entre los EDTs y los trastornos de la personalidad en los agresores de pareja.
9. Explorar si los EDTs actúan como mediadores entre los estilos de crianza parentales recordados y los rasgos clínicos y trastornos de personalidad en agresores de pareja.

10. Conocer los tipos de violencia reconocidas en nuestra muestra de agresores de pareja y su relación con los esquemas disfuncionales tempranos, los estilos de crianza parentales recordados y los trastornos de la personalidad.

Para analizar los objetivos especificados previamente se propusieron las siguientes hipótesis de trabajo:

H1: Existirá una alta prevalencia de rasgos de personalidad clínicos y trastornos de personalidad en la muestra de agresores de pareja. Predominarán aquellos que más se han relacionado con la conducta violenta y han sido más predominantes en los agresores de pareja en estudios previos: Trastorno antisocial, narcisista, paranoide y límite de la personalidad.

H2: Los agresores de pareja tendrán una alta prevalencia de esquemas disfuncionales tempranos clínicos, principalmente aquellos que se han relacionado con la conducta violenta en estudios previos. Éstos son, los esquemas del dominio de límites deteriorados y del dominio de rechazo y desconexión.

H3: Existirá un perfil diferencial a nivel de EDTs entre el grupo de agresores de pareja y el grupo de contraste. El grupo de agresores de pareja tendrá una mayor puntuación en esquemas disfuncionales tempranos que la muestra de contraste, especialmente en aquellos relevantes para la conducta violenta.

H4: El grupo de agresores de pareja presentará unos estilos de crianza recordados más disfuncionales que el grupo de contraste.

H5: Según la terapia de esquemas de Young (Young et al., 2003), los esquemas disfuncionales tempranos tienen su origen en experiencias de crianza disfuncionales, así, los esquemas disfuncionales tempranos se asocian con estilos parentales disfuncionales concretos. Por este motivo, en este estudio las hipótesis relativas a estas relaciones son las siguientes:

H5a: Los EDTs del dominio de rechazo y desconexión se asociarán al dominio parental de rechazo y desconexión en la muestra de agresores.

H5b: Los EDTs del dominio de límites deteriorados se asociarán al dominio parental de límites deteriorados en la muestra de agresores.

H5c: Los EDTs del dominio de autonomía deteriorada se asociarán al dominio parental de autonomía deteriorada en la muestra de agresores.

H5d: Los EDTs del dominio de orientación hacia los demás se asociarán al dominio parental de foco hacia los demás en la muestra de agresores.

H6: Los esquemas disfuncionales tempranos son considerados desde el modelo de la terapia de esquemas la esencia de los trastornos de la personalidad. De tal forma que los rasgos de personalidad disfuncionales y los trastornos de personalidad pueden explicarse desde los esquemas disfuncionales tempranos (Young, 1999; Young et al., 2003). Así, en este estudio se consideran las siguientes hipótesis relacionadas con los trastornos de la personalidad y los EDTs en la muestra de agresores:

H6a: El trastorno de la personalidad por dependencia se asociará a los esquemas del dominio de autonomía deteriorada.

H6b: El trastorno narcisista de la personalidad se asociará a los dominios de esquemas de límites deteriorados y rechazo y desconexión.

H6c: Los trastornos antisocial y agresivo-sádico de la personalidad se asociarán a los dominios de esquemas de límites deteriorados y rechazo y desconexión.

H6d: El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se asociará de forma negativa al dominio de esquemas de límites deteriorados.

H6e: El trastorno límite de la personalidad se asociará a los dominios de esquemas de rechazo y desconexión, límites deteriorados y autonomía deteriorada.

H6f: El trastorno paranoide de la personalidad se asociará a los dominios de esquemas de rechazo y desconexión.

H7: Los estilos de crianza disfuncionales se consideran un factor de riesgo para el desarrollo de los trastornos de la personalidad. Por este motivo, en este estudio se consideran las siguientes hipótesis relacionadas con los estilos de crianza disfuncionales y los trastornos de la personalidad en la muestra de agresores de pareja:

H7a: El trastorno de la personalidad por dependencia se asociará a los estilos de crianza parentales del dominio de autonomía deteriorada.

H7b: El trastorno narcisista de la personalidad asociará a los estilos de crianza parentales de los dominios de límites deteriorados y rechazo y desconexión.

H7c: Los trastornos antisocial y agresivo-sádico de la personalidad se asociarán a los estilos de crianza parentales del dominio rechazo y desconexión y límites deteriorados.

H7d: El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se asociará a los estilos de crianza parentales del dominio de sobrevigilancia e inhibición

H7e: El trastorno límite de la personalidad se asociará a los estilos de crianza parentales de los dominios de rechazo y desconexión, límites deteriorados y autonomía deteriorada.

H7f: El trastorno paranoide de la personalidad se asociará a los estilos de crianza parentales del dominio de rechazo y desconexión y del dominio de sobrevigilancia e inhibición.

H8: Una vez demostradas las hipótesis anteriores (H5, H6 y H7) se espera a su vez que los EDTs actuarán como mediadores entre los estilos de crianza parental recordados y los trastornos de personalidad en agresores de pareja:

H9: La conducta violenta se ha asociado tanto a ciertos esquemas disfuncionales tempranos como a estilos de crianza disfuncionales concretos. Asimismo, ciertos trastornos

de la personalidad son considerados más proclives al ejercicio de la violencia. Por estos motivos, en este estudio se consideran las siguientes hipótesis relativas a los tipos de violencia que pueden ejercerse en una relación de pareja:

H9a: Los EDTs del dominio de rechazo y desconexión y de límites deteriorados se asociarán más fuertemente con la violencia de pareja.

H9b: Los estilos de crianza parentales del dominio de rechazo y desconexión y de límites deteriorados tendrán una mayor asociación con la violencia de pareja.

H9c: Los trastornos antisocial, agresivo-sádico, paranoide y límite se asociarán más fuertemente con la violencia de pareja.

5.2. DISEÑO

El diseño de este estudio es un diseño “ex post facto” retrospectivo. Para la mayoría de las hipótesis se empleará exclusivamente el grupo de maltratadores por lo que se tratará de un diseño retrospectivo de grupo único. Puntualmente, unas pocas hipótesis referentes a las diferencias en esquemas y estilos de crianza entre el grupo de maltratadores y el grupo contraste se basarán en un diseño comparativo.

6. MÉTODO

6.1. PARTICIPANTES

El presente estudio está basado principalmente en una muestra de hombres agresores compuesta por 101 participantes, aunque para unos pocos análisis se ha empleado un grupo de contraste obtenido de otra investigación (Estévez y Calvete, 2007).

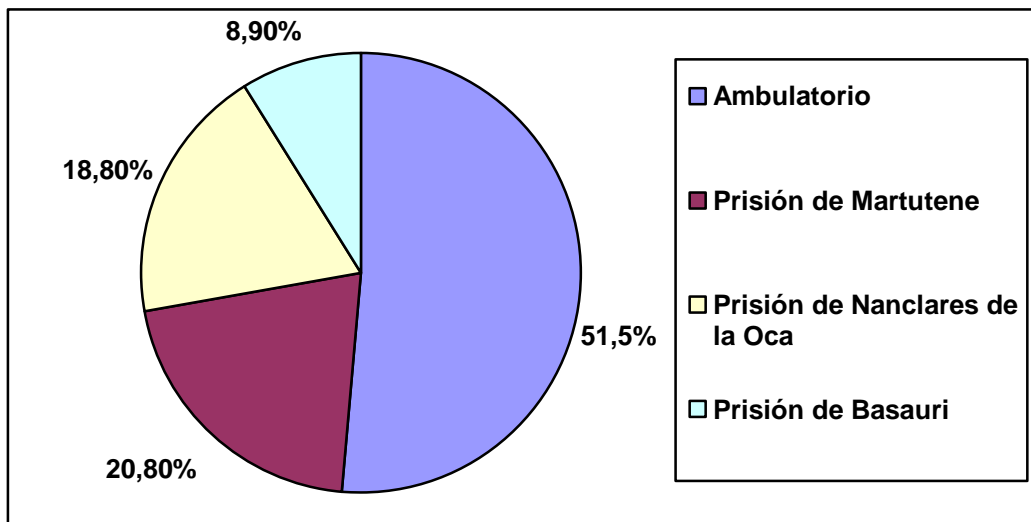
6.1.1. El grupo de agresores de pareja

Los participantes que forman parte de este grupo son 101 hombres condenados por haber ejercido violencia contra sus parejas y que han accedido o se disponen a acceder a un programa de tratamiento para maltratadores.

Este grupo se encuentra a su vez dividido en dos subgrupos: (a) Hombres condenados por violencia contra sus parejas para quienes la autoridad judicial ha determinado la aplicación de la suspensión de ejecución de la pena privativa de libertad, con la condición del cumplimiento de un programa de reeducación o de intervención psicológica (art. 83.1.5^a del Código Penal). Este subgrupo lo forman hombres residentes en las provincias de Vizcaya y Guipúzcoa que acuden al Programa de Intervención Psicoeducativa Gakoa gestionado por el Instituto de Reintegración Social de Bizkaia (IRSE-EBI) y dependiente de la Dirección de Ejecución Penal del Departamento de Justicia, Empleo y Seguridad Social del Gobierno Vasco, así como hombres residentes en Guipúzcoa que acuden al programa de intervención para agresores en los Servicios Sociales Penitenciarios Externos de la Prisión de Martutene, en Guipúzcoa. El total de individuos en este subgrupo es de 52. (b) Hombres condenados por violencia contra sus parejas para quienes la autoridad judicial ha determinado su ingreso en prisión como medida de ejecución penal por un delito de violencia contra la mujer, en concreto contra su pareja. Este subgrupo lo forman hombres que se encuentran ingresados en las tres prisiones existentes en la Comunidad Autónoma del País Vasco, siendo éstas la

prisión de Martutene en Guipúzcoa, la prisión de Basauri en Vizcaya y la prisión de Nanclares de la Oca en Álava. El total en este subgrupo es de 49 individuos. En la figura 5 puede observarse la distribución de la muestra

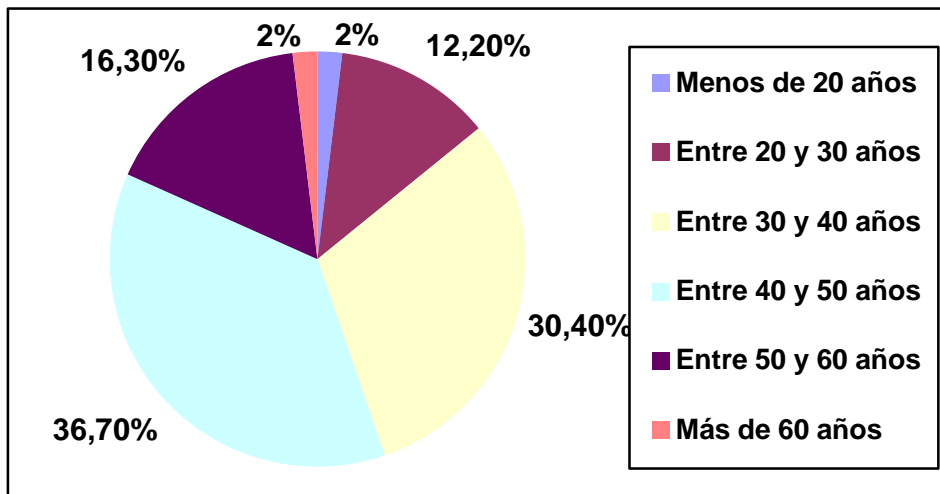
Figura 5. Distribución de la muestra en función del centro de procedencia



Tal como puede observarse en la figura 5 el 20,8% de los participantes del grupo de agresores se encuentra ingresado en la prisión de Martute, el 18,8% en la prisión de Nanclares de la Oca, el 8,9% en la prisión de Basauri, encontrándose el 51,5% restante con una suspensión de la condena y sin privación de la libertad.

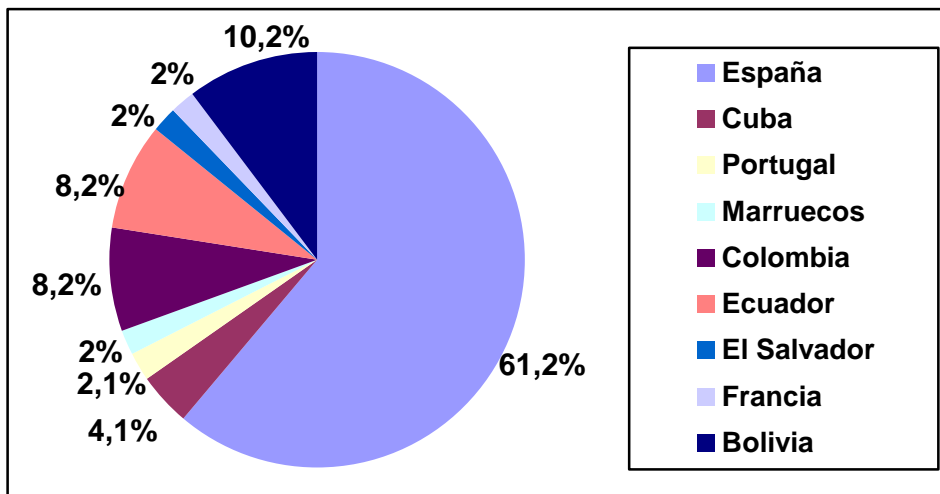
La media de edad de este grupo fue de 40,96 años (DT=10,11), siendo la edad mínima los 19 años y la máxima 70. En la figura 6 puede observarse la distribución de la muestra en función de los diferentes grupos de edad.

Figura 6. Distribución de la muestra según la edad



En cuanto a la nacionalidad de los participantes de este estudio, en la figura 7 pueden observarse los países de procedencia.

Figura 7. Distribución de la muestra según nacionalidad



Del total de participantes de este estudio, un 51% de ellos no respondieron a la pregunta sobre su nacionalidad. De aquellos que respondieron a la misma, tal y como puede observarse en la figura 7, la mayoría eran españoles (61%). La siguiente nacionalidad más predominante fue la boliviana, con un 10,2%, seguida por la ecuatoriana y colombiana, con un 8,2% cada una de ellas. El resto de hombres de nuestra muestra tenían las nacionalidades

cubana (4,1%), salvadoreña, portuguesa, francesa y marroquí, estas últimas en un 2% cada una de ellas.

Los criterios de admisión para la selección de los participantes de este estudio han sido los siguientes: (a) ser un hombre adulto (mayor de 18 años); (b) cumplir condena por un delito relacionado con la violencia de género, en concreto hacia la pareja, existiese o no convivencia; (c) no sufrir ningún trastorno mental ni enfermedad física grave; (d) saber leer y escribir en castellano y no tener dificultades con el idioma español; (e) participar voluntariamente en el estudio, una vez debidamente informado de las características del mismo y garantizada la confidencialidad de los datos.

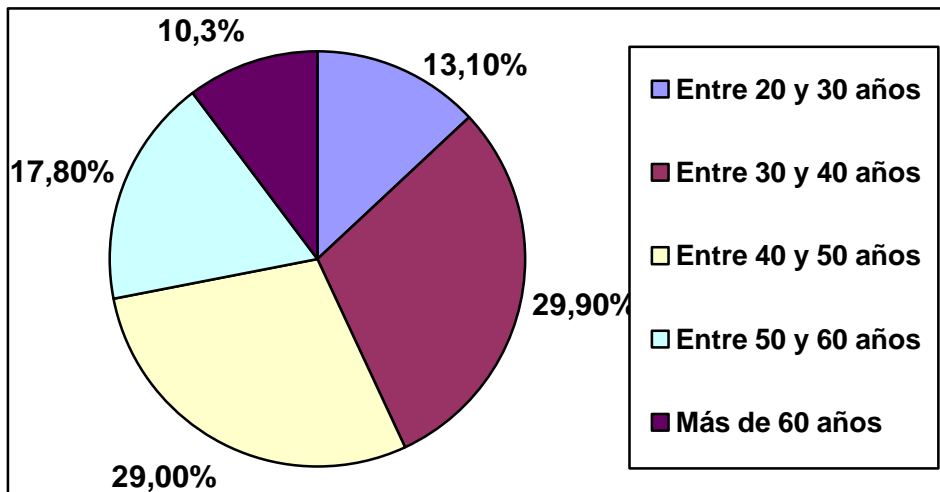
La recogida de datos se ha realizado durante el periodo comprendido entre abril de 2009 y abril de 2010. Los cuestionarios han sido aplicados por la investigadora principal de este estudio con la colaboración del equipo terapéutico del Programa Gakoa en el caso de los individuos que acudían a este servicio y en el caso del Servicio Social Penitenciario Externo de la prisión de Martutene y las tres prisiones, los cuestionarios han sido aplicados por los psicólogos que realizan los programas de tratamiento en dichos centros, o por alumnos de quinto de psicología bajo la supervisión de dichos psicólogos.

6.1.2. El grupo de contraste

El grupo de contraste está compuesto por 108 hombres voluntarios que habían sido seleccionados como grupo de control para otro estudio relacionado con los esquemas y los estilos parentales en personas con juego patológico (Estévez y Calvete, 2007). Dentro de este grupo, se seleccionaron todos aquellos participantes del grupo de control del estudio anteriormente mencionado y se excluyeron todas las mujeres del mismo, dejando como grupo de contraste para nuestro estudio los hombres. En la siguiente figura puede observarse la distribución de la muestra según la edad. Además, según los datos del mencionado estudio, en cuanto al estado civil, el 21.6% eran solteros, el 64.7% casados o con pareja de hecho, el

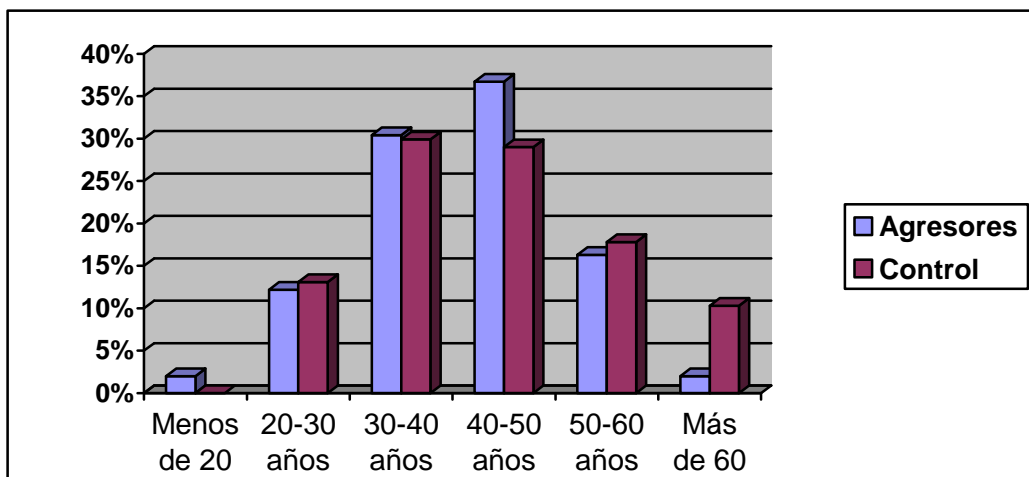
5.2% en situación de separación o divorcio y el 5.2% viudos/as. Con relación al nivel de estudios, el 19,6% tenían estudios primarios, el 41,9% estudios secundarios, el 21,6% habían estudiado formación profesional y el 16,9% tenían estudios universitarios.

Figura 8. Distribución de la muestra de contraste según edad.



En la figura siguiente se puede observar las diferencias de edad entre el grupo de contraste y el grupo de agresores de pareja.

Figura 9. Diferencias de edad entre el grupo de contraste y el grupo de agresores de pareja



6.2. MEDIDAS

La batería de pruebas que se elaboró para la realización de este estudio incluía las siguientes medidas: Inventario Clínico Multiaxial de Millon (MCMI-III, T. Millon, Millon y Davis, 1994) en su versión española (Cardenal y Sánchez, 2007), Cuestionario de Esquemas – Forma reducida (*Schema Questionnaire-Short Form*, SQ-SF, Young y Brown, 1994), YPI- Inventario de Estilos Parentales (*Young Parenting Inventory*, Young, 2003) y las Escalas Revisadas de Tácticas para Conflictos (CTS2; Straus, Hamby, Boney-McCoy y Sugarman, 1996).

6.2.1. El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III, T. Millon et al., 1994)

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (T. Millon et al, 1994) es la tercera revisión del inventario clínico de la personalidad desarrollado por Millon en 1983 (T. Millon, 1983). Su objetivo es proporcionar información a los clínicos en lo que a rasgos y posibles trastornos de personalidad de los individuos se refiere así como a la existencia de distintos síndromes clínicos. Este instrumento ha sido desarrollado y se sustenta a partir de la teoría evolutiva (T. Millon, 1990; T. Millon y Davis, 1998) y sus diferentes versiones han sido constituidas teniendo en consideración los avances teóricos, los datos de investigaciones y la gnosiología profesional de cada momento (Cardenal y Sánchez, 2007), por lo que las diferentes revisiones de este inventario tienen una gran correspondencia con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1987, 1994) y su uso es extendido a nivel internacional en toda clase de contextos clínicos y de tratamiento.

En nuestro país, se dispone de la adaptación española del original (T. Millon et al., 1994) realizada por Cardenal y Sánchez (2007). Sus características principales son “su brevedad relativa, su base teórica, su formato multiaxial, su construcción mediante tres etapas

de validación, el uso de puntuación de prevalencia y su profundidad interpretativa” (Cardenal y Sánchez, 2007, pg. 25).

La estructura del MCMI-III es la de un cuestionario clínico autoaplicado con una totalidad de 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero o falso). Sus escalas se agrupan en las categorías de personalidad y psicopatología, para reflejar la diferenciación que se realiza en el DSM entre trastornos del Eje II y trastornos del eje I. Este instrumento proporciona información sobre 24 escalas clínicas que incluyen diferentes patrones clínicos de personalidad, tres patologías graves de la personalidad y varios síndromes, así como varias escalas de corrección cuyo propósito es el de controlar los sesgos mediante la identificación de posibles tendencias a distorsiones en las respuestas de los individuos que lo cumplimentan (T. Millon et al., 1994).

Los patrones clínicos de personalidad son once: *esquizoide* (escala 1), *evitativo* (escala 2A), *depresivo* (escala 2B), *dependiente* (escala 3), *histriónico* (escala 4), *narcisista* (escala 5), *antisocial* (escala 6), *agresivo* (escala 6B), *compulsivo* (escala 7), *negativista* (escala 8A) y *autodestructivo* (escala 8B). Las tres patologías graves de la personalidad incluidas son: *Trastorno esquizotípico* (escala S), *trastorno límite* (escala C) y *trastorno paranoide* (escala P). Los síndromes clínicos son divididos en siete síndromes de gravedad moderada: *Trastorno de ansiedad* (escala A), *trastorno somatomorfo* (escala H), *trastorno bipolar* (escala N), *trastorno distímico* (escala D), *dependencia del alcohol* (escala B), *dependencia de sustancias* (escala T) y *trastorno de estrés postraumático* (escala R) y tres síndromes de gravedad severa: *Trastorno del pensamiento* (escala SS), *depresión mayor* (escala CC) y *trastorno delirante* (escala PP). Por último, los índices de corrección son: *sinceridad* (escala X), *deseabilidad social* (escala Y), *Devaluación* (escala Z) y el *índice de validez* (escala V).

En cuanto a las características psicométricas del MCMI-III, la consistencia interna de la validación española del inventario obtuvo valores adecuados en los coeficientes Alfa de Cronbach, oscilando entre .65 y .88. Asimismo, cuenta con una elevada fiabilidad test-retest, con resultados que oscilan desde .82 hasta .96, siendo la mediana del coeficiente de estabilidad de .91, lo que indica que es muy estable en períodos cortos de tiempo. En cuanto a su validez externa, se utilizó el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota -2 (MMPI-2, Hathaway y McKinley, 1989) en su adaptación española (Ávila y Jiménez, 1992) y los resultados indicaron que esta versión del MCMI tiene una validez igual o algo mayor que su antecesor, el MCMI-II (T. Millon, 1998).

Tal y como previamente se ha mencionado, el MCMI-III está comprometido con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-III, American Psychiatric Association, 1987; y DSM-IV, American Psychiatric Association, 1994), por lo que considera el concepto de prototipo adoptado en el DSM, que se refiere al núcleo de atributos que recoge las características más relevantes de un trastorno concreto ya sea del Eje I o del Eje II (Cardenal y Sánchez, 2007). De esta forma, los diferentes criterios del DSM para cada trastorno tienen su correspondencia en ítems en el inventario.

La corrección del MCMI-III, se realiza de forma informatizada. Las puntuaciones directas obtenidas en cada escala se transforman en las puntuaciones de prevalencia (PREV), diseñadas para fijar los puntos de corte de la escala a la prevalencia de un determinado atributo en la población psiquiátrica. Estas tasas de prevalencia se calcularon a partir de los diagnósticos realizados por los clínicos que evaluaron a las 964 personas que componían la muestra de tipificación española, a partir de la frecuencia con la que los clínicos evaluaron cada rasgo como el problema más prominente del paciente o al menos como problema presente y la frecuencia con la que consideraron cada patrón de personalidad como rasgo o

trastorno (Cardenal y Sánchez, 2007). Las puntuaciones de prevalencia iniciales de cada una de las 24 escalas clínicas se distribuyeron considerando 3 puntos de corte: Una puntuación directa de 0 (PREV = 0), la mediana (PREV = 60) y la máxima puntuación directa obtenida (PREV = 115). En este instrumento, las puntuaciones de prevalencia iguales o superiores a 75 y 85 son consideradas puntos de corte. Así, en las catorce escalas de personalidad una puntuación igual o superior a 75 (PREV \geq 75) indica la presencia de rasgo clínico y una puntuación igual o superior a 85 (PREV \geq 85) indica la presencia de trastorno. En las escalas clínicas, esas mismas puntuaciones equivaldrían a la presencia del síndrome o la prominencia del mismo respectivamente.

Este inventario está siendo ampliamente utilizado a nivel internacional tanto en investigación como en la práctica clínica. Ha generado, en sus tres versiones, más de 500 artículos y 7 libros y ha sido traducido a diferentes idiomas, siendo usado en investigaciones transculturales (Craig, 1999). Aunque de cara a la utilización de este instrumento hay que tener en cuenta que diversos autores consideran que los autoinformes pueden llevar al sobrediagnóstico de los trastornos de personalidad (Echeburúa, Amor y Corral, 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2006; Widiger y Frances, 1987) y que en el campo de los agresores de pareja existe cierta polémica en cuanto a los resultados que pueden obtenerse de estudios que utilizan este tipo de cuestionarios autoadministrados para el diagnóstico de los trastornos de la personalidad (D. G. D. G. Dutton, 2003; Gondolf, 2003), este inventario es ampliamente utilizado a nivel forense y penitenciario, siendo uno de los instrumentos más utilizados en la investigación para describir la personalidad de diferentes muestras de individuos relacionadas con delitos violentos (Winberg y Vilalta, 2009). En concreto, existe una amplia bibliografía con poblaciones de agresores de pareja (Craig, 2003; Craig, 2006). La versión utilizada en este estudio (MCMI-III) parece tener mayor precisión que su antecesor,

el MCMI-II, del cual distintos autores consideran que realiza un sobrediagnóstico de los trastornos de la personalidad (p. ej., Craig y Weinberg, 1992; Gondolf, 1999).

En nuestro país, dentro del ámbito de la violencia contra la pareja, existen apenas un par de publicaciones que hayan utilizado el MCMI-III en el estudio de los hombres agresores (Loinaz, 2009, Loinaz, Echeburúa y Torrubia, 2010). Sin embargo, los diferentes estudios sobre los hombres que han ejercido violencia contra sus parejas sugieren una alta prevalencia de los trastornos de la personalidad en esta población (D. G. Dutton y Starzomski, 1993; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008; Hamberger y Hastings, 1986; Hamberger y Hastings, 1988; Hamberger y Hastings, 1991; Hart et al., 1993; Loinaz, 2009; Loinaz, Echeburúa y Torrubia, 2010; Saunders, 1992). En este estudio nos centraremos en los resultados del MCMI-III de aquellos trastornos de la personalidad que se han asociado más intensamente a la violencia dentro de las relaciones de pareja: trastorno de personalidad paranoide, trastorno de personalidad límite, el trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivo, el trastorno de personalidad narcisista, el trastorno de personalidad por dependencia, el trastorno histriónico de la personalidad, el trastorno de personalidad antisocial y el trastorno de personalidad agresivo-sádico.

6.2.2. Cuestionario de Esquemas – Forma reducida (*Schema Questionnaire-Short Form, SQ-SF, Young y Brown, 1994*)

El Cuestionario de Esquemas de Young en su forma reducida (SQ-SF, Young y Brown, 1994) ha sido desarrollado a partir del original, el YSQ-LF (Young y Brown, 1990). Este instrumento ha sido desarrollado y se sustenta a partir de la teoría de esquemas (Young, 1999; Young et al., 2003), los cuales son considerados una parte central en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos psicológicos y de personalidad.

Esta versión reducida del instrumento se ha desarrollado con el objetivo de disponer de una versión más breve del original pero que mantuviese su relevancia clínica en la

medición de los esquemas disfuncionales. El SQ-SF está diseñado para evaluar quince esquemas inadaptados: Abandono, Abuso, Privación Emocional, Imperfección/Culpa, Aislamiento social, Dependencia/Incompetencia, Vulnerabilidad al daño o la enfermedad, Apego Inmaduro, Fracaso. Grandiosidad, Autocontrol Insuficiente. Subyugación, Autosacrificio, Búsqueda de Aprobación o reconocimiento, Inhibición Emocional, Pesimismo/Negatividad, Estándares Inflexibles y Punitividad.

En este estudio se evaluaron los diez esquemas siguientes: Privación Emocional, Abandono, Abuso, Imperfección Fracaso, Dependencia, Apego, Subyugación, Grandiosidad y Autocontrol.

El esquema de *Privación Emocional* se basa en la creencia de que las necesidades emocionales de la persona no serán satisfechas de forma adecuada por las otras personas. *Abandono* incluye la creencia de que las personas significativas no le brindarán el apoyo emocional o protección que necesaria para la persona dado que le abandonarán en pro de alguien mejor. *Abuso* describe la expectativa de que las otras personas abusarán, humillarán, herirán, mentirán o tomarán ventaja de uno, y, en ocasiones, incluirá la creencia de que el daño es de forma intencional o resultado de una negligencia. *Imperfección o Culpa* describe el sentimiento de que la persona es internamente defectuosa, no querida o no válida en aspectos importantes de la vida. El esquema de *Fracaso* consiste en la creencia de que la persona ha fallado, que fallará inevitablemente, o que es una persona fundamentalmente inadecuada en comparación con los demás. *Dependencia o Incompetencia* se basa en la creencia de que la persona no se siente capaz de afrontar las responsabilidades cotidianas de una manera competente sin ayuda de otras personas. El esquema de *Apego* consiste en un excesivo vínculo y cercanía emocional con las personas significativas. *Subyugación* consiste en la renuncia a los propios derechos debido al sentimiento de coerción por parte de otras personas. *Grandiosidad* consiste en la creencia de que uno es superior a otras personas y, por

ello, merecedor de derechos y privilegios especiales. Finalmente, *Autocontrol Insuficiente* implica la creencia de que uno carece de autocontrol para lograr los objetivos personales, o para controlar la excesiva expresión de los impulsos propios.

La estructura del SQ-SF es la de un cuestionario autoaplicado. Consta de 75 ítems (el original consta de 205 ítems) y los participantes establecen el grado en el que las diversas afirmaciones les describen utilizando una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos. De tal forma que cada ítem consta de 6 alternativas de respuesta, en las que la respuesta 1 indica que la afirmación descrita no refleja en absoluto ni caracteriza la forma de sentir y de pensar de la persona que lo cumplimenta y la respuesta 6 indica que la afirmación le describe perfectamente: 1 = *totalmente falso*, 2 = *La mayoría de las veces falso*, 3 = *Más falso que verdadero*, 4 = *Más verdadero que falso*, 5 = *la mayoría de las veces verdadero* y 6 = *me describe perfectamente*.

En relación a la forma de corrección del cuestionario (Schmidt et al., 1995), cada escala está compuesta por cinco ítems. A su vez, existen cinco dominios en los que se organizan las diferentes escalas. De tal forma que diferentes esquemas clínicos pertenecen a una categoría o dominio: (a) *Desconexión y Rechazo*, Compuesta por las escalas de Abandono/Inestabilidad, Desconfianza/Abuso, Privación Emocional, Imperfección/Culpa y Aislamiento social/Alienación. (b) *Autonomía Deteriorada*, compuesta por las escalas de Dependencia/Incompetencia, Vulnerabilidad al daño o la enfermedad, Apego Inmaduro y Fracaso. (c) *Límites Deteriorados*, cuyas escalas son Grandiosidad y Autocontrol Insuficiente. (d) *Orientación a los Demás*, dominio al que pertenecen las escalas de Subyugación, Autosacrificio y Búsqueda de Aprobación o reconocimiento. (e) *Vigilancia Excesiva e Inhibición*, compuesta por las escalas Inhibición Emocional, Pesimismo/Negatividad, Estándares Inflexibles y Punitividad. Con fines de evaluación clínica, las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas es recodificada, de tal forma

que las puntuaciones de 1 a 4 equivalen a 0 y las puntuaciones de 5 a 6 tienen un valor de 1. Aquellos dominios en los que exista la presencia de puntuaciones recodificadas de valor 1 indica, la presencia de clínica en esa categoría concreta, así como la presencia de un esquema clínico concreto.

En cuanto a las características psicométricas, la adaptación española del cuestionario (Cid, Tejero y Torrubia, 1997) ha mostrado buena fiabilidad (coeficientes alpha entre .70 y .90) y correlación con depresión, afectividad positiva y negativa y autoestima (Cid y Torrubia, 2002, Septiembre). La versión reducida (SQ-SF) presenta buenas propiedades psicométricas, con confirmación de su estructura factorial y con buena consistencia interna para los factores (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005).

El cuestionario de esquemas de Young ha recibido una gran atención y ha sido utilizado en múltiples estudios con poblaciones con trastornos tales como la depresión (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Halvorsen et al., 2009), ansiedad (Calvete y Orúe, 2008; Cockram, Drummond y Lee, 2010), trastorno de estrés postraumático (Calvete, Estévez y Corral, 2007b; Cockram et al., 2010), trastornos de la alimentación (M. J. Cooper et al., 2006; Gongora, Derksen y van, 2004; Waller, Dickson y Ohanian, 2002) y trastornos de la personalidad (Atalay, Atalay, Karahan y Çaliskan, 2008; Jovev y Jackson, 2004; Nordahl et al., 2005; M. W. Specht, 2005). Asimismo, ha sido utilizado en la valoración de esquemas disfuncionales en agresores sexuales (Richardson, 2005), en personas con juego patológico (Estévez y Calvete, 2007), con problemas de abuso de alcohol (Brotchie et al., 2004; Decouvelaere, Graziani, Gackière-Eraldi, Rusinek y Hautekèete, 2002; Dickson, Tinwell, Booth y McGuire, 2010) y drogas (Ball y Cecero, 2001; Brotchie et al., 2004; Calvete y Estévez, 2009) y en víctimas de la violencia de pareja (Calvete, Corral y Estévez, 2007a), entre otros.

6.2.3. Inventario de Estilos Parentales-YPI (*Young Parenting Inventory*, Young, 2003)

El Inventario de Estilos Parentales (Young, 2003) ha sido desarrollado y se sustenta a partir de la teoría de esquemas (Young 1999, Young et al., 2003). Está diseñado para identificar los orígenes de los esquemas cognitivos.

Este instrumento está diseñado para identificar los orígenes de los esquemas cognitivos a través de 17 escalas, que a su vez se organizan en dominios o categorías. Los estilos parentales de crianza percibidos que son recogidos en estas escalas son los siguientes:

- El estilo parental *emocionalmente privativo* implica un estilo de crianza que no satisface las necesidades emocionales del niño, con una privación de afecto o amor. Esta escala es la única del inventario cuyos ítems están expresados al contrario de lo que se quiere valorar. Es decir, las afirmaciones se refieren a estilos en los que si que existe la satisfacción de las necesidades afectivas. Un ejemplo de ítem sería “Pasó tiempo conmigo y me prestó atención”.

- El estilo parental de *abandono* se refiere a un estilo de crianza en el que se ve afectada la seguridad básica, principalmente por parte de las personas que supuestamente deberían querer, cuidar y proteger al niño. Por ejemplo “me retiró de su lado o me dejó solo por largos periodos de tiempo”.

- El estilo parental de *abuso* implica que se infringe un daño, abuso, humillación, engaño o manipulación del niño por parte de las personas más cercanas al mismo. Por ejemplo “abusó de mí física, psicológica o sexualmente”.

- El estilo parental de *imperfección* se refiere a la percepción por parte de la persona de que su familia no le ha respetado, ha criticado sus defectos o le ha hecho sentir culpable por acontecimientos ocurridos en el seno familiar. Por ejemplo “me criticó mucho”.

- El estilo parental de *fracaso* se refiere a que la persona en su infancia fue tratada como inadecuada en comparación con los demás en las áreas de logro, con la idea de que iba

a fracasar en sus propósitos o estaba fracasando. A menudo incluye el que la familia le denomine estúpido, tonto, sin talento, poco exitoso, etc. Por ejemplo “me trató como si fuese estúpido o sin talento”.

- El estilo parental de *vulnerabilidad al daño* implica un estilo de crianza sobreprotector en cuanto a que los padres muestran una excesiva preocupación por el niño dificultando e impidiendo la potenciación de su independencia. Por ejemplo un ítem sería “se preocupaba en exceso de que yo no me hiciese daño”.

- El estilo parental de *dependencia* se refiere a que la persona en su infancia fue tratado como si no pudiese hacerse cargo de las responsabilidades propias de su edad, necesitando constantemente la ayuda de los demás en los aspectos relativos a su cuidado, juicio o tomas de decisiones. Un ejemplo de ítem sería “Me hizo sentir que no podía confiar en mis decisiones o juicio”.

- El estilo parental de *apego* está basado en la excesiva cercanía o participación de los padres en la vida del niño, a expensas de su desarrollo individual o social, inhibiendo sus posibilidades de independencia. Un ejemplo de ítem sería “sentí que nos haríamos daño si alguno de los dos se alejaba del otro”.

- El estilo parental de *subyugación* implica que la persona en su infancia tuvo que renunciar a sus propios derechos debido a que se sentía coaccionada por su padre o madre. Por ejemplo “Hizo lo que él/ella quería, sin tener en cuenta mis necesidades”.

- El estilo parental de *búsqueda o necesidad de aprobación* refleja si la aceptación del niño es condicionada o incondicional. Esto es, si los niños debían o no suprimir aspectos importantes de sí mismos con el fin de obtener la atención, el cariño y la aprobación de sus padres. Un ejemplo de ítem sería “Sentía que me quería más o me prestaba más atención cuando yo sobresalía”.

- El estilo parental de *autosacrificio* implica que la familia ponga excesivo énfasis en la importancia de que el niño renuncie a sus gratificaciones por ayudar a la familia o por el bien de los demás miembros, en ocasiones conllevando que el niño asuma un rol que no le correspondería por edad. Por ejemplo “Fue muy infeliz y se apoyó en mí para que la entendiese y apoyase”.

- El estilo parental de *estándares inflexibles* se refiere al estilo de crianza que busca el perfeccionismo. Las familias tienen altas expectativas para sí mismos y para sus hijos, esperando que éstos sean los mejores y enseñándoles que cualquier otra opción sería un fracaso. Un ejemplo de ítem sería “Esperaba de mí que hiciera todo lo mejor todo el tiempo”.

- El estilo parental de *inhibición emocional* implica la no expresión emocional dentro del seno familiar, con un excesivo énfasis en la racionalidad sin tener en cuenta las emociones. Por ejemplo, el ítem “Se sentía a disgusto a la hora de expresar cariño o vulnerabilidad”.

- El estilo parental *punitivo* implica un patrón de conducta por parte de los padres de castigo y crítica ante los errores o el incumplimiento de los estándares familiares marcados. Un ejemplo de ítem en esta escala sería “Se enfadaba o me criticaba duramente si hacía algo mal”.

- El estilo parental *pesimista* se refiere al estilo de crianza en el que se pone un especial énfasis en los aspectos negativos de la vida sin prestar atención o negando los aspectos positivos de la misma, e implicando una figura parental ansiosa y miedosa. Por ejemplo “Se centró en los aspectos negativos de la vida, o en las cosas que salían mal”.

- El estilo parental de *autocontrol insuficiente* se relaciona con los aspectos disciplinarios en la crianza. Incluye tanto estilos rígidos como demasiado permisivos. Un ejemplo de ítem en esta escala sería “me establecí pocas reglas y responsabilidades”.

- El estilo parental de *grandiosidad* hace referencia al estilo de crianza permisivo en el que los padres aceptan que los niños no asuman las responsabilidades de sus comportamientos y sean tratados de forma que se sientan especiales y mejores que otras personas. Un ejemplo de ítem sería “Me consintió, fue demasiado permisivo en muchos sentidos”.

Estas 17 escalas se organizan en 5 dominios: *Desconexión y Rechazo*, aquellos entornos carentes de las necesidades básicas (afecto, aceptación y estabilidad) o impredecibles y abusivos. *Autonomía Deteriorada*, aquellos estilos que reflejan un ambiente sobreprotector, donde no se facilita ni potencia la autonomía e independencia del niño. *Límites deteriorados* es el dominio cuyos estilos son excesivamente permisivos e indulgentes, sin normas, dirección o confrontación. *Orientación hacia los demás*, incluyen aquellas escalas en las que las necesidades del niño son relegadas a las necesidades o deseos de los demás. Implica entornos en los que se muestra una aceptación condicional, conllevando la supresión en el niño de aspectos importantes para sí mismo. Por último, la *sobrevigilancia e Inhibición* incluye las escalas en las que el estilo parental reprime la satisfacción y espontaneidad, busca el perfeccionismo y resalta lo negativo.

En cuanto a la estructura del YPI, ésta es la de un cuestionario autoaplicado. Consta de 72 ítems dobles, en el que los participantes han de responder al mismo ítem por duplicado, uno en relación a los estilos de crianza de la madre o de la figura materna y otro en relación a los estilos de crianza del padre o de la figura paterna. Así, los participantes establecen el grado en el que las diversas afirmaciones describen los comportamientos de sus padres durante su infancia (p. ej., “Pasó tiempo conmigo y me prestó atención”, “me criticó mucho”). Las respuestas utilizan una escala tipo Likert de 6 puntos: 1 = *Totalmente falso*, 2 = *La mayoría de las veces falso*, 3 = *Más falso que verdadero*, 4 = *Más verdadero que falso*, 5 = *la mayoría de las veces verdadero* y 6 = *Le/la describe perfectamente*.

En relación a las propiedades psicométricas del instrumento, Sheffield et al. (2006) desarrollaron una versión más abreviada del cuestionario cuyas escalas obtuvieron una buena fiabilidad test-retest y adecuada consistencia interna.

La corrección del instrumento es muy similar a la corrección del Cuestionario de Esquemas de Young. Cada escala está compuesta por un número determinado de ítems. A su vez, estas escalas se organizan en los diferentes dominios o categorías descritas en el Cuestionario de Esquemas: *Desconexión y Rechazo*, *Autonomía Deteriorada*, *Límites Deteriorados*, *Orientación a los Demás* y *Vigilancia Excesiva e Inhibición*. Con fines clínicos las puntuaciones obtenidas en cada una de las escalas materna y paterna es recodificada, de tal forma que las puntuaciones de 1 a 4 equivalen a 0 y las puntuaciones de 5 a 6 tienen un valor de 1. La excepción es la escala de Deprivación Emocional, la cuál se puntúa al revés, con las puntuaciones de 1 y 2 con un valor de 1 y las puntuaciones de 2 a 6 con un valor de 0. Aquellas escalas en las que exista la presencia de puntuaciones recodificadas de valor 1 indicarían la presencia de un estilo parental clínicamente significativo.

6.2.4. CTS2 La escala de tácticas para conflictos revisada (Straus et al., 1996)

La Escala de Tácticas para Conflictos (*Conflict Tactics Scales*, CTS, Straus, 1979) es uno de los instrumentos de medida más utilizados para el estudio y análisis de la conducta violenta dentro de las relaciones íntimas (Corral y Calvete, 2006; Schafer, 1996). Basado en la Teoría del Conflicto, que afirma que el conflicto se encuentra presente en casi la totalidad de las interacciones humanas (Straus y Gelles, 1990; Straus, 1990), Straus (2003) considera que cualquier desequilibrio o desigualdad en una relación de pareja aumenta la probabilidad del uso de conductas violentas.

Este instrumento está diseñado para evaluar hasta qué punto y con qué frecuencia los miembros de una pareja, tanto si existe convivencia o no, se ven implicados en conductas

agresivas físicas, psicológicas o de carácter sexual y en que medida utilizan la negociación para manejar los conflictos que aparecen en la relación (Straus et al., 1996).

A pesar de ser un instrumento ampliamente utilizado en el estudio y análisis de la conducta violenta, existen muy pocas publicaciones en nuestro país que hayan utilizado este instrumento en agresores de pareja (Loinaz, 2009; Loinaz et al., 2010) . A nivel internacional es una escala utilizada frecuentemente con este tipo de población (Au et al., 2008; Chambers y Wilson, 2007; Chiffriller y Hennessy, 2010; Eckhardt et al., 2008).

El CTS (Straus, 1979; Straus, 1990) fue reelaborado dando lugar a la segunda versión del instrumento (CTS2, Straus et al., 1996). Esta nueva versión tiene 20 ítems más que la versión previa (CTS1, 19 y CTS2, 39) con un formato de pregunta doble por cada conducta concreta (un total de 78 ítems). Así, la persona ha de responder por cada conducta en dos ocasiones, una como perpetrador y otra como víctima. Además, ha de responder con qué frecuencia ha sucedido cada uno de los actos que se reflejan en los ítems en una escala de respuesta tipo Likert. De tal forma que cada ítem consta de 8 alternativas de respuesta, en el que la respuesta 0 indica que la conducta descrita no ha sucedido nunca dentro de la relación. Las respuestas del 1 al 6 indican la frecuencia con que la conducta concreta ha sucedido dentro de la relación durante el último año y la respuesta 7 corresponde a que la conducta descrita no ha sucedido en ese periodo concreto de referencia pero ha sucedido en algún momento de la relación.

El CTS2 tiene más escalas que la versión anterior. En total incluye cinco escalas, las cuales, a su vez se dividen en dos subescalas. Estas escalas son las siguientes: (1) La escala de Negociación, dividida en negociación cognitiva y negociación emocional. La negociación es definida como las acciones que se llevan a cabo para terminar con un desacuerdo, por medio del debate y el razonamiento (cognitiva) y la comunicación de sentimientos positivos (emocional) dentro de la relación (Corral y Calvete, 2006). (2) La escala de Asalto físico,

dividida en agresión menor y agresión severa. El asalto físico se refiere a conductas agresivas físicas. Dentro de las agresiones físicas menores se incluirían actos tales como empujones, bofetadas, agarrones y dentro de las agresiones físicas severas se incluirían conductas del tipo puñetazos, patadas, palizas. (3) La escala de Agresión psicológica, dividida también en menor y severa. La agresión psicológica hace referencia a actos de violencia verbal y no verbal. Dentro de la agresión psicológica menor se incluyen actos como gritar, decir palabrotas, intentar fastidiar a la pareja y dentro de las agresiones psicológicas severas se incluyen los insultos, los actos físicos contra objetos y las amenazas de agresión física. (4) La escala de Coerción Sexual, dividida a su vez en menor y severa. La coerción sexual es definida como la conducta dirigida a obligar a la pareja a participar en una actividad sexual no deseada. En la coerción sexual menor se incluyen principalmente actos de insistencia para el mantenimiento de la relación sexual y dentro de la coerción sexual severa se incluyen actos de amenazas y la utilización de la fuerza para el mantenimiento de la relación sexual. (5) La escala de Lesiones, también está dividida en menor y severa. Esta escala mide la existencia de daño físico tras actos violentos de la pareja, e incluye fracturas, necesidad de asistencia médica o dolor continuado.

Este instrumento utiliza como periodo de referencia en cuanto a las diferentes conductas el del último año, si bien, este periodo puede modificarse para adecuarlo a las necesidades de los evaluadores (Straus et al., 1996).

En cuanto a las características psicométricas del CTS2, numerosos estudios han encontrado adecuados coeficientes de consistencia interna y evidencias de validez (Straus, 2004a; Straus, 2004b). La versión en castellano del CTS2 ha confirmado su estructura factorial y mostrado una excelente consistencia interna de las escalas (Calvete, Corral y Estévez, 2007b; Corral y Calvete, 2006).

En el presente estudio, el CTS2 fue adaptado con el objetivo facilitar la total cumplimentación del cuaderno de pruebas. De esta manera, se decidió incluir únicamente los ítems de perpetración, aunque se incluyeron aquellos ítems de conductas de negociación de la pareja y aquellas de agresión psicológica de la pareja, con el fin de evitar resistencia a su cumplimentación y a hacerlo más deseable socialmente. Asimismo, se excluyeron los ítems de lesiones. Por lo tanto se incluyeron las escalas de negociación tanto del agresor como de la víctima, la escala de agresión psicológica de ambos y las escalas de ataque físico y coerción sexual únicamente del agresor.

Además y teniendo en cuenta que nuestra población estudiada consiste en hombres que o bien se encuentran cumpliendo una condena en prisión, o bien se encuentran cumpliendo entre otras cosas con una orden de alejamiento que les impide acercarse a la víctima, no se consideró adecuado el utilizar como período de tiempo de referencia el último año, sino que se consideró que el tiempo al que debían ajustarse fuese los últimos doce meses anteriores a la denuncia interpuesta por la que cumplían condena.

De esta forma, los hombres de nuestro estudio podían responder si en los doce meses previos a la denuncia interpuesta los actos se habían cometido: 0. nunca; 1. *una vez los doce meses previos a la denuncia.* 2. *dos veces en los doce meses previos a la denuncia.* 3. *de tres a cinco veces en los doce meses previos a la denuncia.* 4. *de seis a diez veces en los doce meses previos a la denuncia.* 5. *de once a veinte veces en los doce meses previos a la denuncia.* 6. *más de veinte veces en los doce meses previos a la denuncia,* o 7. *nunca en los doce meses previos a la denuncia pero sí ha sucedido antes.*

Este instrumento nos permite obtener diversos indicadores: prevalencia de los doce meses previos a la denuncia y frecuencia. La *prevalencia de los doce meses previos a la denuncia* se obtiene computando las respuestas en función de los puntos medios de la categoría de respuesta elegida por los participantes (Straus et al., 1996): Para las respuestas 0

y 7 puntuarían 0. Para las respuestas 1 y 2, puntuarían lo mismo, es decir, 1 y 2 respectivamente. Para la respuesta 3 se puntuaría 4. Para la respuesta 4 la puntuación sería de 8. Para la respuesta 5 sería 15. Y por último para la respuesta 6 la puntuación sería 25. La *frecuencia anual* indica el número de actos violentos e intentos de negociación que cada participante ha ejecutado durante el año previo a la denuncia. Esta frecuencia se establece sumando las diferentes frecuencias marcadas en el cuestionario y nos permite conocer la cronicidad del maltrato.

6.4. PROCEDIMIENTO

Para los participantes de este estudio que se encontraban en tratamiento tanto dentro de las instituciones penitenciarias de Nanclares, Martutene y Basauri, así como aquellos que acudían a tratamiento ambulatorio en los Servicios Externos Penitenciarios, se solicitó autorización a la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Para aquellos participantes que se encontraban en tratamiento en el Programa de Intervención Psicoeducativa Gakoa tanto en Bizkaia como en Gipuzkoa, se solicitó autorización al Instituto de Reintegración Social de Bizkaia (IRSE-EBI).

Para la recogida de los datos de este estudio, se elaboraron cuadernillos recogiendo las medidas descritas previamente.

Todos los participantes de este estudio habían iniciado o se disponían a iniciar un programa de tratamiento grupal para hombres maltratadores, de tal forma que aquellos que habían iniciado el programa fueron informados de forma grupal de la posibilidad de acceder al estudio, de la voluntariedad de su participación, de la confidencialidad y anonimato de la información proporcionada y de la ausencia de beneficios por su participación así como la ausencia de efectos en caso del rechazo a participar. Debido a que en diversos grupos de tratamiento varios de los integrantes se negaron a participar en la investigación, no se pudo realizar la evaluación durante la duración de los mismos, por lo que se entregaron los

cuestionarios a las personas interesadas y se acordó la entrega de los mismos a la terapeuta en la siguiente sesión grupal. Con respecto a aquellos agresores que aún no habían iniciado el programa de tratamiento grupal, la posibilidad de acceso al estudio fue expuesta de forma individual, en las sesiones individuales previas al acceso al tratamiento. A estos hombres se les proporcionó la misma información que a aquellos que fueron informados de forma grupal y la evaluación se realizó en una de las sesiones individuales.

En todos los casos, se solicitó el consentimiento informado de los participantes, a los que se les entregó dos copias escritas del mismo, una de las cuales debían entregar firmada en el caso de que quisiesen participar en el estudio junto con el cuadernillo de evaluación. Si alguno de los participantes tenía dudas o dificultades en el entendimiento de alguna de las preguntas del cuestionario, se les proporcionó un espacio individual donde consultar dichas dudas.

La aplicación de las pruebas duró aproximadamente una hora.

En el caso del grupo de contraste, los integrantes del mismo fueron seleccionados del grupo de control de otra investigación relacionada con el juego patológico (Estévez y Calvete, 2007). Se seleccionaron aquellos hombres que no tenían una patología de juego. Debido a que se trataba de un estudio diferente al de esta investigación, las pruebas y evaluaciones no coincidían en su totalidad, por lo que se tuvieron en cuenta aquellas pruebas que coincidían con las del presente estudio, que fueron la totalidad de los esquemas disfuncionales tempranos estudiados y parte de los estilos parentales disfuncionales (abandono, imperfección, subyugación, estándares inflexibles, autocontrol insuficiente, inhibición emocional, búsqueda de aprobación). En cuanto a la recogida de datos de esta muestra, la entrega de las evaluaciones se realizó de forma individual y fue devuelta a través de sobres sin identificación cerrados.

7. RESULTADOS

7.1. TRASTORNOS Y RASGOS CLÍNICOS DE PERSONALIDAD

En esta sección se presentan los resultados de los análisis orientados a identificar las frecuencias de los trastornos de la personalidad y los rasgos clínicos de personalidad en la muestra de agresores de pareja. Para ello, se consideraron las puntuaciones indicadas en el MCMI-III, según las cuales, una puntuación de prevalencia ≥ 75 en una escala indicaría la presencia de un rasgo clínico de ese trastorno de la personalidad y una puntuación ≥ 85 en una escala indicaría la presencia de ese trastorno de la personalidad (Cardenal y Sánchez, 2007).

La tabla 14 muestra los resultados obtenidos para los ocho trastornos de la personalidad estudiados. Hay que tener en consideración que dentro de estos resultados, un individuo puede tener varios trastornos de la personalidad o rasgos clínicos de forma simultánea. Tal y como puede observarse en los resultados, el 28,7% de la muestra de agresores mostraba trastornos de la personalidad y un 55,4% rasgos clínicos característicos de alguno de los trastornos de la personalidad estudiados. El trastorno de la personalidad con mayor predominancia en la muestra fue el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, con un 11,5% seguido de los trastornos histriónico y antisocial de la personalidad con un 6,3% cada uno. Por otra parte, los rasgos clínicos más predominantes en la muestra fueron los característicos del trastorno paranoide de la personalidad con un 17,7% de la muestra, seguidos por los rasgos clínicos del trastorno de personalidad narcisista. Considerando ambas puntuaciones (rasgos y trastornos de personalidad) los trastornos de la personalidad más predominantes fueron el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad con un 22,9% de la muestra, seguido por el trastorno de personalidad narcisista, con un 21,9% de la misma. El

trastorno menos predominante teniendo en cuenta ambos resultados fue el trastorno agresivo-sádico de la personalidad, con un 3,1%.

Tabla 14. Porcentaje de agresores con rasgos y trastornos de personalidad según el MCMI-III

N = 101

	Rasgo clínico MCMI-III >74	Trastorno de personalidad MCMI-III > 84	Total
Dependiente	5,2%	0%	5,2%
Histriónico	7,3%	6,3%	13,5%
Narcisista	16,7%	5,2%	21,9%
Antisocial	6,3%	6,3%	12,5%
Agresivo-Sádico	2,1%	1%	3,1%
Compulsivo	11,5%	11,5%	22,9%
Límite	10,4%	0%	10,4%
Paranoide	17,7%	1%	18,8%
TOTALES	55,4%	28,7%	76%

Nota: Los porcentajes totales no coinciden con el sumatorio de porcentajes de todas las escalas debido a que hay hombres que tienen varios rasgos o trastornos de personalidad. Asimismo, el porcentaje total de hombres con rasgo o trastorno de la personalidad no coincide con el sumatorio del porcentaje total de personas con rasgos de personalidad clínica y el porcentaje de personas con trastornos de personalidad porque una persona puede tener un trastorno de la personalidad concreto y rasgos de personalidad clínicos de otro trastorno.

7.2. LOS ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS (EDT)

A continuación se presentan los resultados de los diferentes análisis realizados:

- A. Esquemas disfuncionales tempranos clínicos en los participantes del estudio.
- B. Diferencias en Esquemas disfuncionales tempranos entre el grupo de agresores y el grupo de contraste.

7.2.1. Esquemas disfuncionales tempranos clínicos

En esta sección se presentan los resultados de los análisis orientados a identificar las frecuencias de los esquemas disfuncionales tempranos (EDT) clínicos en los maltratadores así como los análisis dirigidos a comparar la muestra de agresores con el grupo de contraste con respecto a los EDT clínicos. Para ello, se consideraron como clínicos aquellos esquemas cuyas puntuaciones en el YSQ-SF eran superiores a 5, tal y como se indica en el cuestionario (SQ-SF, Young y Brown, 1994). Asimismo, para los análisis comparativos se utilizó el estadístico χ^2 (Chi-cuadrado), cuyo cálculo permite evaluar si hay diferencia en el porcentaje de individuos con puntuaciones clínicas entre los dos grupos (grupo de agresores de pareja y el grupo de contraste).

La tabla 15 muestra los resultados obtenidos para los diez EDT estudiados. Tal y como puede observarse, el porcentaje de esquemas clínicos en la muestra de maltratadores oscila entre un 21,8% y un 54,5%, siendo el esquema clínico de imperfección el de menor frecuencia y el esquema clínico de abandono el de mayor frecuencia en la muestra. Asimismo, puede observarse que el grupo de maltratadores obtuvo una mayor prevalencia de indicadores clínicos en prácticamente la totalidad de los EDT estudiados. Únicamente los esquemas de grandiosidad y autocontrol insuficiente no fueron significativamente diferentes.

Tabla 15. Prevalencia de hombres con indicadores clínicos en los esquemas

Esquema	N = 209		χ^2 (209)
	Agresores (%) (n = 101)	Grupo contraste (%) (n = 107)	
Privación Emocional	33,7	10,2	17,03**
Abandono	54,5	28,7	14,29**
Abuso	36,6	14,8	13,13**
Imperfección	21,8	5,6	11,84**
Fracaso	22,8	3,7	16,87**
Dependencia	41,6	13,9	20,18**
Apego	25,7	3,7	20,62**
Subyugación	46,5	12	30,35**
Grandiosidad	41,6	35,2	0,91
Autocontrol Insuficiente	48,5	37	2,81

Nota. **p < .001

7.2.2. Diferencias en los esquemas disfuncionales tempranos entre el grupo de agresores de pareja y el grupo de contraste

En esta sección se presentan los resultados de una serie de análisis de la varianza y del tamaño del efecto orientados a evaluar las posibles diferencias en los EDT entre los agresores de pareja y el grupo de contraste. El tamaño del efecto se calculó siguiendo las orientaciones de Cohen (1988), el cual propuso como guía para interpretar los resultados para el tamaño del efecto: valores pequeños (.20 - .49); moderados (.50 - .79); y grandes (> .80).

La tabla 16 muestra los resultados obtenidos para los diez EDT estudiados. Tal y como puede observarse en los resultados, el grupo de agresores obtenía puntuaciones significativamente más altas en prácticamente la totalidad de los EDT estudiados a excepción del esquema de apego, el de autocontrol insuficiente y el de grandiosidad. En los dos

primeros no hay diferencias significativas, mientras que en el esquema de grandiosidad el grupo de contraste obtuvo una puntuación significativamente más alta. En relación al tamaño del efecto, según las estimaciones de Cohen (1988), las diferencias entre ambos grupos fueron grandes para el EDT de abuso y pequeñas para el resto de EDT.

Tabla 16. Diferencias en esquemas disfuncionales tempranos entre el grupo de agresores y el grupo de contraste.

	Agresores (n = 101)		Contraste (n = 107)		t	Sig.	te
	Media	SD	Media	SD			
Privación	10,37	5,44	8,49	3,41	3,01	,003**	0,42
Abandono	14,78	5,82	12,70	4,20	2,97	,003**	0,41
Abuso	11,99	4,73	8,60	2,96	6,24	,000**	0,86
Imperfección	8,94	4,28	7,79	2,97	2,27	,024*	0,31
Fracaso	9,11	4,60	7,58	3,07	2,83	,005**	0,39
Dependencia	9,92	4,40	8,55	2,81	2,69	,008**	0,37
Apego	8,94	4,27	8,02	2,98	1,81	,071	0,25
Subyugación	10,99	4,03	9,17	3,65	3,42	,001**	0,47
Grandiosidad	11,31	4,88	12,86	4,88	-2,29	,023*	-0,32
Autocontrol Insuficiente	13,14	5,46	12,96	5,23	,24	,813	0,03

Nota *p < .05. y **p < .01.

7.3. LOS ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES RECORDADOS

A continuación se presentan los resultados de los diferentes análisis realizados relativos a los estilos de crianza parentales:

- A. Estilos parentales clínicamente significativos en agresores de pareja.
- B. Diferencias en los estilos de crianza parentales entre el grupo de agresores y el grupo de contraste.
- C. Diferencias entre los estilos de crianza maternos y los estilos de crianza paternos en agresores.

7.3.1. Estilos de crianza parentales clínicamente significativos en agresores de pareja

En esta sección se presentan los resultados de los análisis orientados a identificar las frecuencias de los estilos de crianza parentales clínicamente significativos y no clínicamente significativos en agresores de pareja. Para ello, se consideraron como clínicamente significativos aquellos estilos de crianza parentales cuyas puntuaciones en el YPI eran superiores a 5, tal y como se indica en el inventario (YPI, Young, 2003).

La tabla 17 muestra los resultados obtenidos para todos los estilos de crianza parentales (maternos, paternos y ambos). Tal y como puede observarse el porcentaje de estilos de crianza maternos clínicamente significativos oscila entre el 6,5% para el estilo materno de abuso y el 79,6% para el estilo materno de autosacrificio. En los estilos de crianza paternos los porcentajes oscilan entre el 9,1% para el estilo paterno de abuso y el 77,3% para el estilo paterno de inhibición emocional. En cuanto a ambos estilos parentales juntos, el porcentaje de estilos de crianza parentales clínicamente significativos oscila entre el 10,3% para el estilo parental de abuso y el 81,6% para el estilo parental de inhibición emocional.

Tabla 17. Porcentaje de agresores con puntuaciones clínicamente significativas en los diferentes estilos parentales (N = 101)

	Estilo Materno	Estilo paterno	Ambos
	Puntuación Clínica		
Deprivación emocional	22,6%	34,1%	37,9 %
Abandono	18,3 %	28,4 %	32,2 %
Abuso	6,5 %	9,1%	10,3 %
Vulnerabilidad al daño	58,1 %	47,7 %	59,8 %
Dependencia/ incompetencia	33,3%	34,1 %	41,4 %
Imperfección	16,1 %	21,6 %	26,4 %
Fracaso	14 %	15,9 %	18.4 %
Subyugación	21,5 %	23,9 %	31 %
Autosacrificio	79,6 %	69,3 %	80,5 %
Estándares inflexibles/ hipercrítica	64,5 %	65,9 %	71,3 %
Grandiosidad	49,5 %	44,3 %	55,2 %
Autocontrol insuficiente	19,4 %	26,1 %	27,6 %
Apego	61,3 %	54,5 %	70,1 %
Negatividad/ pesimismo	60,2 %	53,4 %	66,7 %
Punitividad	40,9 %	43,2 %	56,3 %
Inhibición emocional	75,3 %	77,3 %	81,6 %
Búsqueda de aprobación	32,3 %	36,4 %	39,1 %

7.3.2. Diferencias en los estilos de crianza parentales recordados entre el grupo de agresores de pareja y el grupo de contraste

En esta sección se presentan los resultados de una serie de análisis de la varianza orientados a evaluar las posibles diferencias en los estilos de crianza parentales recordados entre los agresores de pareja y el grupo de contraste.

La tabla 18 muestra los resultados obtenidos sólo para siete de los estilos de crianza maternos estudiados, debido a que únicamente se dispone de este tipo de información sobre

estos estilos en el grupo de contraste. Tal y como puede observarse el grupo de agresores obtenía puntuaciones significativamente más altas en cuatro de los siete estilos maternos comparados. Los estilos de crianza maternos de subyugación, estándares inflexibles y autocontrol insuficiente no presentaban diferencias significativas. Por el contrario, las puntuaciones en el resto de estilos de crianza maternos son significativamente mayores en la muestra de hombres agresores.

Tabla 18. Diferencias en estilos de crianza maternos entre el grupo de contraste y el grupo de agresores

	Agresores (n = 101)		Contraste (n = 107)		t	Sig.
	Media	SD	Media	SD		
Abandono	5,92	3,56	4,84	2,10	2,59	,010
Imperfección	6,29	3,97	4,99	2,29	2,77	,006
Subyugación	7,05	4,38	6,01	3,30	1,85	,066
Estándares inflexibles	18,28	7,90	16,34	7,14	1,77	,079
Autocontrol Insuficiente	7,33	4,14	6,39	2,96	1,81	,071
Inhibición Emocional	15,99	4,74	13,05	4,40	4,40	,000
Búsqueda de Aprobación	9,01	5,02	7,74	3,42	2,04	,043

Asimismo, la tabla 19 muestra los resultados obtenidos para los estilos de crianza paternos estudiados. Tal y como puede observarse el grupo de agresores obtenía puntuaciones significativamente más altas en casi la totalidad de los estilos de crianza paternos. El estilo paterno en el que no se encontró una diferencia significativa fue el de subyugación.

Tabla 19. Diferencia en estilos de crianza paternos entre el grupo de contraste y el grupo de agresores

	Agresores (n = 101)		Contraste (n = 107)		t	Sig.
	Media	SD	Media	SD		
Abandono	6,84	4,15	5,48	2,60	2,71	,007
Imperfección	6,82	4,86	5,40	3,20	2,36	,019
Subyugación	7,72	5,19	6,56	3,81	1,74	,083
Estándares inflexibles	19,68	8,40	17,32	6,95	2,09	,038
Autocontrol Insuficiente	7,50	4,36	6,23	2,92	2,35	,020
Inhibición Emocional	15,86	4,91	13,33	4,67	3,58	,000
Búsqueda de Aprobación	9,63	4,87	7,90	3,41	2,81	,006

Por último, la tabla 20 muestra los resultados obtenidos para los estilos de crianza parentales (materno y paterno) estudiados. Tal y como puede observarse en los resultados, el grupo de agresores obtenía puntuaciones significativamente más altas en la totalidad de los estilos de crianza parentales comparados.

Tabla 20. Diferencias en estilos de crianza parentales (maternos y paternos) entre el grupo de contraste y el grupo de agresores

	Agresores (n = 101)		Contraste (n = 107)		t	Sig.
	Media	SD	Media	SD		
Abandono	12,77	6,98	10,02	4,55	3,24	,001
Imperfección	12,95	7,77	10,03	5,15	3,07	,002
Subyugación	14,85	8,83	12,13	6,63	2,40	,017
Estándares inflexibles	38,24	15,78	32,49	13,78	2,66	,008
Autocontrol Insuficiente	14,75	7,98	12,17	5,96	2,52	,013
Inhibición Emocional	31,44	9,32	25,45	9,37	4,36	,000
Búsqueda de Aprobación	18,80	9,59	15,08	6,66	3,11	,002

7.3.3. Diferencias entre los estilos de crianza maternos y paternos en los agresores de pareja

En esta sección se presentan los resultados de una serie de análisis orientados a identificar las diferencias entre los estilos de crianza maternos y paternos en los agresores de pareja. Los análisis realizados consisten en una prueba *t* para muestras dependientes o relacionadas.

La tabla 21 muestra los resultados obtenidos para la totalidad de los estilos de crianza parentales. Tal y como puede observarse en los resultados, existen diferencias significativas en los estilos parentales de privación emocional, abandono, vulnerabilidad al daño, estándares inflexibles y apego. En el caso de los estilos de privación emocional, abandono y estándares inflexibles las puntuaciones son mayores para el estilo paterno, mientras que en el caso de los estilos de vulnerabilidad al daño y apego las puntuaciones son mayores en el estilo materno.

Tabla 21. Diferencias entre estilos de crianza maternos y paternos en agresores de pareja (N= 101).

	Madre	Padre	t	Sig.
	M (dt)	M (dt)		
Deprivación Emocional	10,15 (5,63)	12,61 (6,93)	-4,40	,000
Abandono	5,90 (3,39)	6,87 (4,16)	-3,05	,003
Abuso	4,52 (1,71)	4,71 (1,86)	-1,73	,088
Vulnerabilidad al daño	12,59 (4,84)	10,91 (4,18)	4,47	,000
Dependencia/Incompetencia	6,65 (3,72)	6,53 (3,57)	,47	,637
Imperfección	6,10 (3,72)	6,85 (4,88)	-1,81	,074
Fracaso	5,79 (3,16)	6,09 (3,35)	-1,38	,171
Subyugación	7,09 (4,50)	7,76 (5,20)	-1,52	,131
Autosacrificio	11,79 (3,41)	11,24 (3,22)	1,76	,083
Estándares inflexibles/Hiper crítica	18,53 (8,17)	19,71 (8,45)	-2,12	,037
Grandiosidad	9,98 (4,24)	9,94 (3,91)	,18	,860
Autocontrol Insuficiente	7,21 (4,10)	7,54 (4,37)	-1,10	,274
Apego	9,79 (3,74)	9,21 (3,50)	2,01	,048
Negatividad/Pesimismo	10,94 (4,66)	10,92 (4,63)	,06	,953

Inhibición Emocional	15,70 (4,62)	15,97 (4,92)	-,894	,374
Punitividad	8,93 (3,85)	9,61 (4,70)	-1,52	,133
Búsqueda de aprobación	9,15 (5,16)	9,66 (4,89)	-1,57	,120

7.4. CONDUCTAS AGRESIVAS EN EL AÑO ANTERIOR A LA DENUNCIA

En esta sección se presentan los resultados de una serie de análisis de frecuencia orientados a valorar la prevalencia y la frecuencia de las conductas agresivas reconocidas por los agresores de pareja.

La tabla 22 muestra los resultados obtenidos. Tal y como puede observarse en los resultados, el grupo de agresores reconocía en mayor medida las agresiones psicológicas seguidas por el asalto físico y por último la coerción sexual. Asimismo, la mayor parte de la muestra reconocía intentos de negociación tanto emocional como cognitiva con su pareja.

Tabla 22. Prevalencia y frecuencia de conductas agresivas en el año anterior a la denuncia

	N = 101		
	Prevalencia	Frecuencia	
	%	Media	DT
Total Negociación	97,5%	54,83	38,90
Negociación Emocional	93,7%	32,08	22,91
Negociación Cognitiva	93,6%	22,99	20,99
Total Agresión Psicológica	97,8%	29,37	28,64
Menor	95,8%	23,07	22,29
Severa	77,4%	6,43	9,82
Total Asalto Físico	77,4%	9,29	18,52
Menor	75,5%	6,37	12,11
Severa	40,9%	2,95	9,35
Total Coerción Sexual	24,5%	2,65	9,76
Menor	22,3%	1,87	6,50
Severa	10,6%	,78	4,43

7.5. ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS Y ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES EN LOS AGRESORES DE PAREJA

A continuación se presentan los resultados de una serie de análisis orientados a identificar las correlaciones entre los esquemas tempranos y los estilos de crianza parentales en los agresores de pareja.

La tabla 23 muestra los resultados obtenidos para los diez esquemas tempranos estudiados y los estilos de crianza parentales (tanto materno como paterno). Tal y como se observa en los resultados, los esquemas de privación emocional, abuso, dependencia, subyugación, grandiosidad y autocontrol se correlacionaron con los estilos de crianza parentales análogos, propuestos por Young et al. (2003), aunque en el caso del esquema de grandiosidad la correlación fue más fuerte para los estilos parentales de dependencia, búsqueda de aprobación y subyugación y en el caso del esquema de autocontrol insuficiente la correlación fue más fuerte para los estilos parentales de dependencia, fracaso, grandiosidad y vulnerabilidad al daño. Los esquemas de abandono, imperfección, fracaso y apego no se correlacionaron con los estilos de crianza propuestos por el modelo de Young (Young et al., 2003) y tuvieron la correlación más fuerte, en el caso del esquema de abandono con el estilos parental de autocontrol insuficiente. El esquema de imperfección con los estilos parentales de vulnerabilidad al daño y autocontrol insuficiente. El esquema de fracaso con el estilo parental de negatividad y, por último, el esquema de apego con los estilos parentales de imperfección, fracaso, subyugación y grandiosidad.

Tabla 23. Coeficientes de correlación entre esquemas y estilos de crianza parentales en agresores de pareja

	PEd	PAb	PMa	PVh	PDi	PDs	PFa	PSb	PSs	Pus	Pet	PIs	PEm	PNp	PPu	PEi	PAs
Privación	,51**	,38**	,42**	,05	,19	,49**	,51**	,55**	,03	,12	,26*	,31**	,17	,18	,30**	-,11	,11
Abandono	,13	,18	,10	,20	,18	,19	,22*	,22*	,06	,20	,24*	,28**	,16	,26*	,16	,01	,10
Abuso	,36**	,39**	,33**	,17	,27*	,41**	,33**	,33**	-,03	,29**	,20	,31**	,20	,18	,40**	-,02	,30**
Imperfección	,19	,24*	,07	,28**	,16	,20	,23*	,24*	,13	,18	,20	,37**	,11	,16	,16	-,15	,23*
Fracaso	,00	,10	,01	,27*	,28*	,16	,18	,11	,08	,14	,22*	,27*	,19	,30**	,15	,08	,15
Dependencia	,12	,22*	,08	,26*	,32**	,25*	,17	,26*	,11	,29**	,18	,23*	,22*	,28**	,26*	-,05	,19
Apego	,15	,25*	,20	,13	,27*	,40**	,30**	,32**	-,03	,18	,29**	,25*	,04	,22*	,22*	-,15	,22*
Subyugación	,17	,18	,14	,21	,35**	,37**	,37**	,37**	,19	,39**	,46**	,43**	,16	,19	,34**	,03	,27*
Grandiosidad	,22*	,26*	,23*	,22*	,29**	,24*	,16	,32**	,16	,25*	,24*	,13	,13	,04	,27*	,03	,32**
Autocontrol	,08	,09	,01	,30**	,28**	,23*	,32**	,19	,08	,14	,36**	,27*	,04	,22*	,21	,06	,16

Nota *p < .05. y **p < .01. PEd = Deprivación Emocional, PAb = Abandono, PMa = Abuso, PVh = Vulnerabilidad al daño, PDi = Dependencia/Incompetencia, PDs = Imperfección, PFa = Fracaso, PSb = Subyugación, PSs = Autosacrificio, PUs = Estándares inflexibles/Hipercrítica, PEt = Grandiosidad, PIs = Autocontrol Insuficiente, PEm = Apego, PNp = Negatividad/Pesimismo, PEi = Inhibición Emocional, PPu = Punitividad, PAs = Búsqueda de aprobación.

A continuación se muestran los resultados obtenidos para los diez esquemas tempranos estudiados y los estilos de crianza maternos. La tabla 24 muestra los resultados. Tal y como se observa en los resultados, los esquemas de privación emocional, abuso, imperfección, fracaso, dependencia, subyugación y autocontrol insuficiente se correlacionaron con los estilos de crianza maternos análogos propuestos por Young et al. (2003), aunque en el caso del esquema de abuso la correlación fue más fuerte para los estilos maternos de privación emocional y abandono, en el caso del esquema de imperfección fue más fuerte para el estilo materno de autocontrol insuficiente y en el caso del esquema disfuncional temprano de autocontrol insuficiente la correlación fue más fuerte para los estilos maternos de vulnerabilidad al daño, dependencia, imperfección, fracaso, grandiosidad y punitividad. Los esquemas de abandono, apego y grandiosidad no se correlacionaron con los estilos de crianza propuestos por el modelo de Young (Young et al., 2003) y tuvieron la correlación más fuerte, en el caso del esquema de abandono con el estilo materno de vulnerabilidad al daño. El esquema de apego con los estilos maternos de imperfección y subyugación y por último, el esquema de grandiosidad con los estilos de crianza maternos de subyugación, punitividad y búsqueda de aprobación.

Tabla 24. Coeficientes de correlación entre esquemas y estilos de crianza maternos en agresores de pareja

	MEd	MAb	MMa	MVh	MDi	MDs	MFa	MSb	MSs	MUs	MEt	MI	MEm	MNp	MEi	MPu	MA
Privación	,48**	,38**	,31**	,14	,23*	,46**	,48**	,49**	,11	,10	,26*	,27**	,15	,11	-,14	,29**	,06
Abandono	,15	,11	,11	,29**	,20	,19	,16	,22*	,11	,24*	,25*	,22*	,22*	,26*	,01	,19	,10
Abuso	,35**	,32**	,23*	,23*	,20	,25*	,22*	,20	-,03	,22*	,18	,22*	,18	,13	-,11	,26*	,19
Imperfección	,24*	,22*	,04	,21*	,19	,27*	,25*	,24*	,16	,17	,11	,29**	,03	,04	-,08	,14	,19
Fracaso	,08	,19	,16	,22*	,31**	,27**	,32**	,17	,04	,16	,20	,30**	,07	,28**	,11	,19	,19
Dependencia	,14	,25*	,21*	,26*	,29**	,27**	,24*	,27**	,20	,29**	,19	,20	,20	,27**	,03	,29**	,13
Apego	,17	,18	,12	,10	,20	,43**	,22*	,27**	-,07	,12	,20	,10	-,05	,17	-,16	,21*	,13
Subyugación	,20	,09	,09	,16	,33**	,31**	,31**	,30**	,15	,32**	,35**	,34**	,10	,15	,02	,25*	,19
Grandiosidad	,23*	,24*	,14	,23*	,22*	,23*	,19	,34**	,15	,25*	,20	,13	,19	,11	-,05	,29**	,33**
Autocontrol	,15	,12	,02	,31**	,30**	,33**	,32**	,26*	,06	,16	,31**	,25*	,04	,18	,04	,28**	,20

* Nota *p < .05. y **p < .01. MEd = Deprivación Emocional, MAb = Abandono, MMa = Abuso, MVh = Vulnerabilidad al daño, MDi = Dependencia/Incompetencia, MDs = Imperfección, MFa = Fracaso, MSb = Subyugación, MSs = Autosacrificio, MUs = Estándares inflexibles/Hipercrítica, MEt = Grandiosidad, MI = Autocontrol Insuficiente, MEm = Apego, MNp = Negatividad/Pesimismo, MEi = Inhibición Emocional, MPu = Punitividad, MA = Búsqueda de aprobación.

Asimismo, se realizaron análisis para los diez esquemas tempranos estudiados y los estilos de crianza paternos. La tabla 25 muestra los resultados. Tal y como se observa, los esquemas de privación emocional, abandono, abuso, dependencia, subyugación, grandiosidad y autocontrol insuficiente se correlacionaron con los estilos de crianza parentales propuestos por Young (Young et al., 2003). Sin embargo, en el caso del esquema de abuso la correlación fue más fuerte para los estilos paternos de privación emocional, abandono, imperfección, fracaso, subyugación estándares inflexibles, autocontrol insuficiente, punitividad y búsqueda de aprobación. En el caso del esquema de grandiosidad, la correlación fue más fuerte para el estilo parental de dependencia y en el caso del esquema de autocontrol insuficiente la correlación fue más fuerte para los estilos paternos de subyugación y grandiosidad. Por otra parte, el esquema de imperfección se correlacionó con los estilos paternos de vulnerabilidad al daño y autocontrol insuficiente. El esquema de fracaso con los estilos paternos de vulnerabilidad al daño y dependencia y el esquema de apego con los estilos paternos de imperfección, fracaso, dependencia y autocontrol insuficiente.

Tabla 25. Coeficientes de correlación entre esquemas y estilos de crianza paternos en agresores de pareja

	FEd	FAb	FMa	FVh	FDs	FFa	FSb	FSs	FUs	FEt	FIs	FEm	FNp	FEi	FPu	FAs	FDi
Privación	,48**	,32**	,39**	-,04	,44**	,50**	,51**	-,05	,11	,23*	,31**	,13	,20	-,04	,25*	,16	,16
Abandono	,12	,22*	,19	,11	,20	,22*	,19	,02	,15	,21	,29**	,09	,21	,04	,12	,10	,17
Abuso	,32**	,33**	,26*	,06	,44**	,41**	,38**	-,09	,28**	,15	,32**	,17	,19	,11	,40**	,33**	,24*
Imperfección	,16	,17	,13	,28**	,15	,21*	,20	,10	,12	,21	,38**	,07	,19	-,14	,11	,22*	,19
Fracaso	-,02	,07	,04	,30**	,13	,17	,11	,17	,10	,21	,25*	,27*	,27*	,12	,11	,12	,30**
Dependencia	,13	,18	,12	,22*	,26*	,19	,25*	,01	,22*	,15	,25*	,18	,26*	,01	,20	,20	,34**
Apego	,16	,20	,19	,10	,28**	,29**	,26*	-,05	,14	,28*	,28**	,04	,18	-,07	,14	,22*	,28**
Subyugación	,14	,17	,11	,19	,32**	,39**	,36**	,12	,35**	,46**	,41**	,13	,18	,09	,29**	,27*	,30**
Grandiosidad	,19	,23*	,16	,21	,18	,17	,26*	,11	,21	,26*	,12	,00	-,04	,03	,18	,26*	,29**
Autocontrol	,03	,08	,05	,27*	,12	,32**	,11	,11	,11	,39**	,27*	,01	,22*	,06	,13	,11	,26*

* Nota *p < .05. FEd = Deprivación Emocional, FAb = Abandono, FMa = Abuso, FVh = Vulnerabilidad al daño, FDi = Dependencia/Incompetencia, FDs = Imperfección, FFa = Fracaso, FSb = Subyugación, FSs = Autosacrificio, FUs = Estándares inflexibles/Hiper crítica, FEt = Grandiosidad, FIs = Autocontrol Insuficiente, FEm = Apego, FNp = Negatividad/Pesimismo, FEi = Inhibición Emocional, FPu = Punitividad, FAs = Búsqueda de aprobación.

Dado que tanto los esquemas como los estilos de crianza parentales correlacionaron entre sí, se llevó a cabo una estrategia de análisis multivariada que tuviera en cuenta el solapamiento entre variables. En concreto, se empleó “path analysis”.

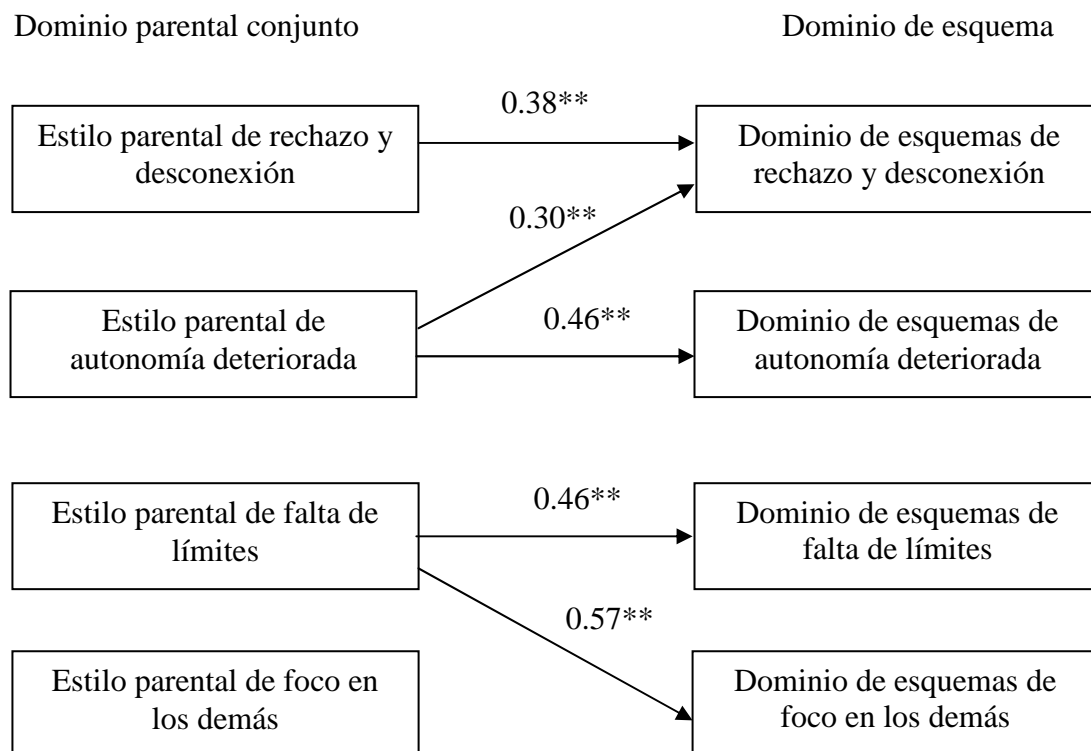
En esta segunda sección se presentan los resultados de una serie de “path analyses” orientados a identificar las asociaciones entre los estilos de crianza y los esquemas disfuncionales tempranos en maltratadores. Los parámetros para los análisis se estimaron utilizando las matrices policórica y de covarianza asintótica de las variables. Los modelos se probaron con el método de mínimos cuadrados ponderados con LISREL 8.8 (Jöreskog y Sörbom, 2006), dado que varias de las variables no mostraban una distribución del todo normal según los indicadores de asimetría y curtosis. La bondad del ajuste se evaluó con el índice de ajuste comparativo (CFI), la raíz cuadrada media del residuo estandarizada (SRMR) y la raíz cuadrada media de error de aproximación (RMSEA). El CFI y el RMSEA son algunos de los indicadores más extendidos y el SRMR es preferible al RMSEA cuando el tamaño de la muestra es pequeña. Además, valores de CFI de .95 o superiores reflejan un ajuste adecuado y que valores de SRMR menores que .08 y valores de RMSEA hasta .06 reflejan un buen ajuste (Hu y Bentler, 1999). Se hicieron análisis separados para los estilos maternos, los estilos paternos y ambos juntos.

7.5.1. Estilos de crianza parentales (madre y padre) y esquemas disfuncionales tempranos

La Figura 10 muestra los resultados obtenidos para los estilos parentales (tanto materno como paterno) y los dominios de esquemas. Los indicadores de ajuste fueron adecuados, $\chi^2 (11, N = 101) = 17.81, p = .086$; RMSEA = .08 (0.0; 0.15); SRMR = 0.059, CFI = .99. Tal y como se observa los paths son consistentes con la teoría para todos los dominios de esquemas excepto el de foco en los demás. Este último no se asoció al estilo parental correspondiente sino al de falta de límites. Aunque inicialmente en el modelo se introdujo

también el dominio de estilos parentales de supervigilancia e inhibición, se eliminó posteriormente dado que no se asociaba significativamente a ninguno de los dominios de esquemas.

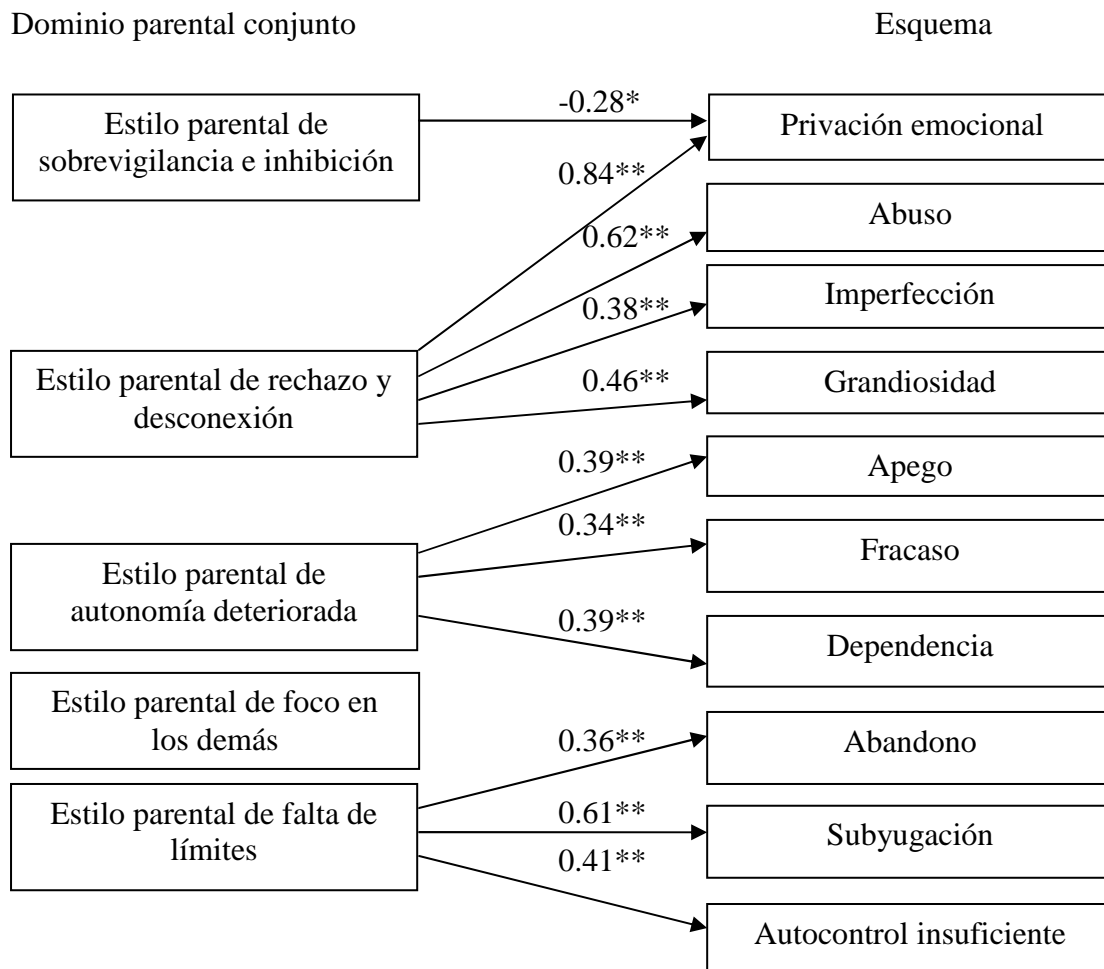
Figura 10. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos parentales disfuncionales y los dominios de esquemas disfuncionales tempranos



A continuación se realizó otro path análisis para los diez esquemas específicos medidos en el estudio. La figura 11 muestra los resultados. El modelo obtuvo índices de ajuste moderados, $\chi^2 (39, N = 101) = 65.55, p < .01$; RMSEA = .074 (0.041; 0.10); SRMR = 0.093; CFI = .99. Tal y como se observa los paths son consistentes con la teoría para la gran mayoría de los esquemas, a excepción de los esquemas de abandono, subyugación y grandiosidad. En el caso del esquema de abandono, no se asoció con el estilo parental de rechazo y desconexión, sino con el de falta de límites. Asimismo, el esquema de subyugación se asoció también al estilo parental de falta de límites en vez de al estilo parental de foco en

los demás. Por su parte, el esquema de grandiosidad no se asoció con el estilo de falta de límites, sino con el de rechazo y desconexión.

Figura 11. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos parentales disfuncionales y los esquemas disfuncionales tempranos

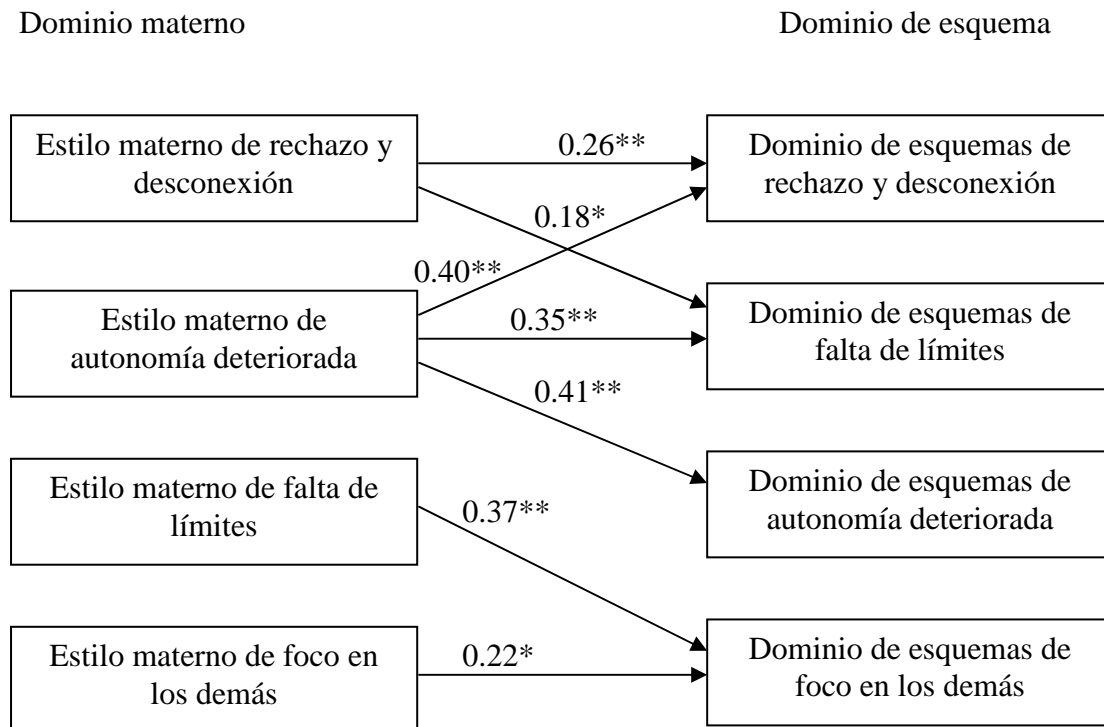


7.5.2. Estilos de crianza maternos y esquemas disfuncionales tempranos

Asimismo, se realizó otro path análisis orientado a identificar las asociaciones entre los estilos de crianza maternos y los esquemas disfuncionales tempranos. La figura 12 muestra los resultados obtenidos para los estilos maternos y los dominios de esquemas. Los indicadores de ajuste fueron excelentes, $\chi^2(9, N = 101) = 11.76, p = .23$; RMSEA = .046 (0.0; 0.11); SRMR = 0.044, CFI = 1.00. Tal y como se observa los paths son consistentes con

la teoría para todos los dominios de esquemas excepto el de falta de límites. Este último no se asoció al estilo materno correspondiente sino con el de foco en los demás.

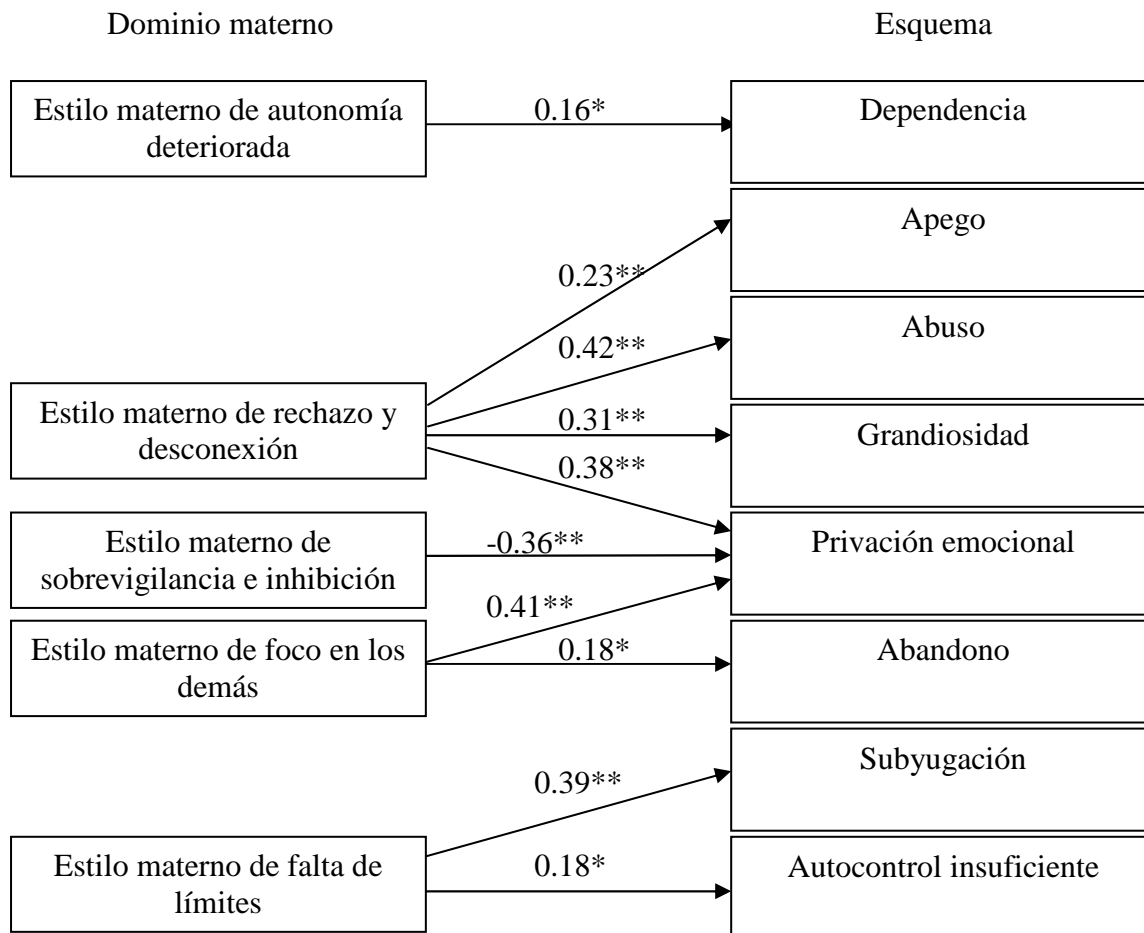
Figura 12. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos maternos disfuncionales y los dominios de esquemas disfuncionales tempranos



La figura 13 muestra los resultados para los diez esquemas específicos medidos en el estudio y sus asociaciones con los estilos de crianza maternos. El modelo obtuvo índices de ajuste limitados, $\chi^2(40, N = 101) = 88.75, p < .001$; RMSEA = .092 (0.066; 0.12); SRMR = .11; CFI = 1.00. Tal y como se observa los paths son consistentes con la teoría para la gran mayoría de los esquemas, a excepción de los esquemas de abandono, subyugación, apego y grandiosidad. En el caso del esquema de abandono, no se asoció con el estilo materno de rechazo y desconexión, sino al de foco en los demás. Por su parte el esquema de subyugación no se asoció con el estilo materno de foco en los demás, sino con el de falta de límites. Los esquemas de apego y grandiosidad se asociaron con el estilo de rechazo y desconexión en vez

de con el estilo de autonomía deteriorada en el caso del esquema de apego y en el de falta de límites en el caso de grandiosidad.

Figura 13. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos maternos disfuncionales y los esquemas disfuncionales tempranos

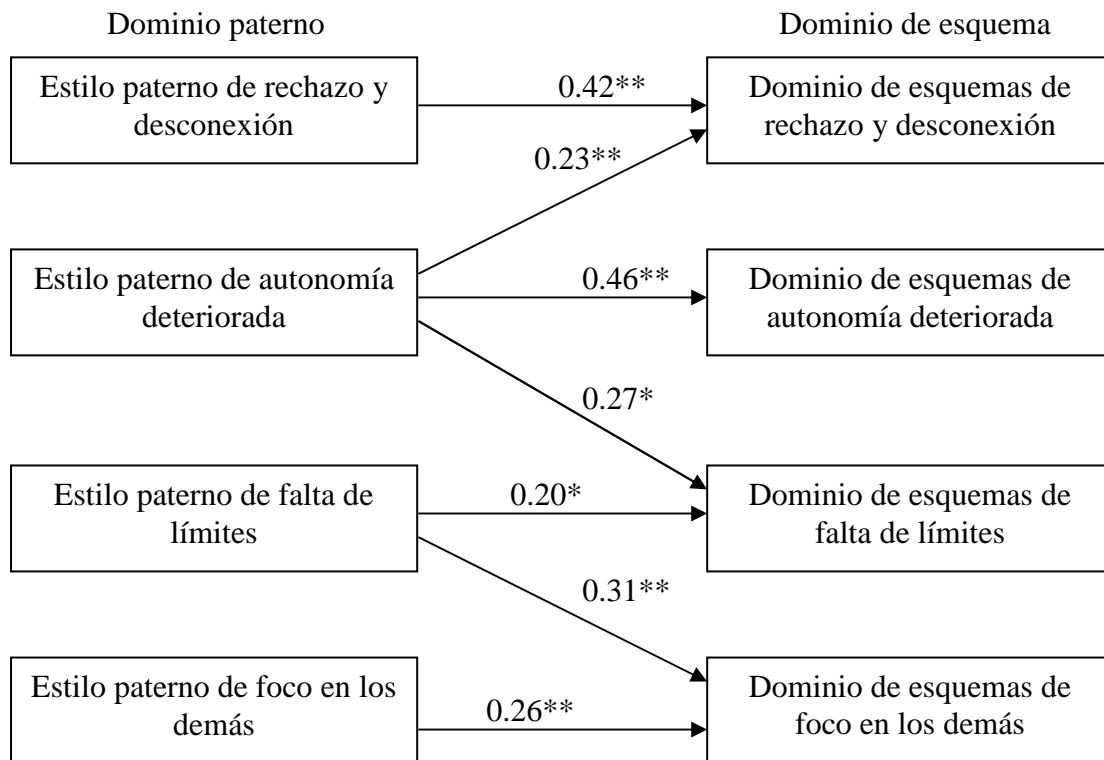


7.5.3. Estilos de crianza paternos y esquemas disfuncionales tempranos

De la misma manera, se realizó otro path análisis orientado a identificar las asociaciones entre los estilos de crianza paternos y los esquemas disfuncionales tempranos. La figura 14 muestra los resultados obtenidos para los estilos paternos y los dominios de esquemas. Los indicadores de ajuste fueron adecuados, $\chi^2 (9, N = 101) = 16.37, p = .06$; RMSEA = .075 (0.0; 0.13); SRMR = 0.045, CFI = 1.00. Tal y como se observa los paths son consistentes con la teoría para todos los dominios de esquemas, en el sentido de que cada

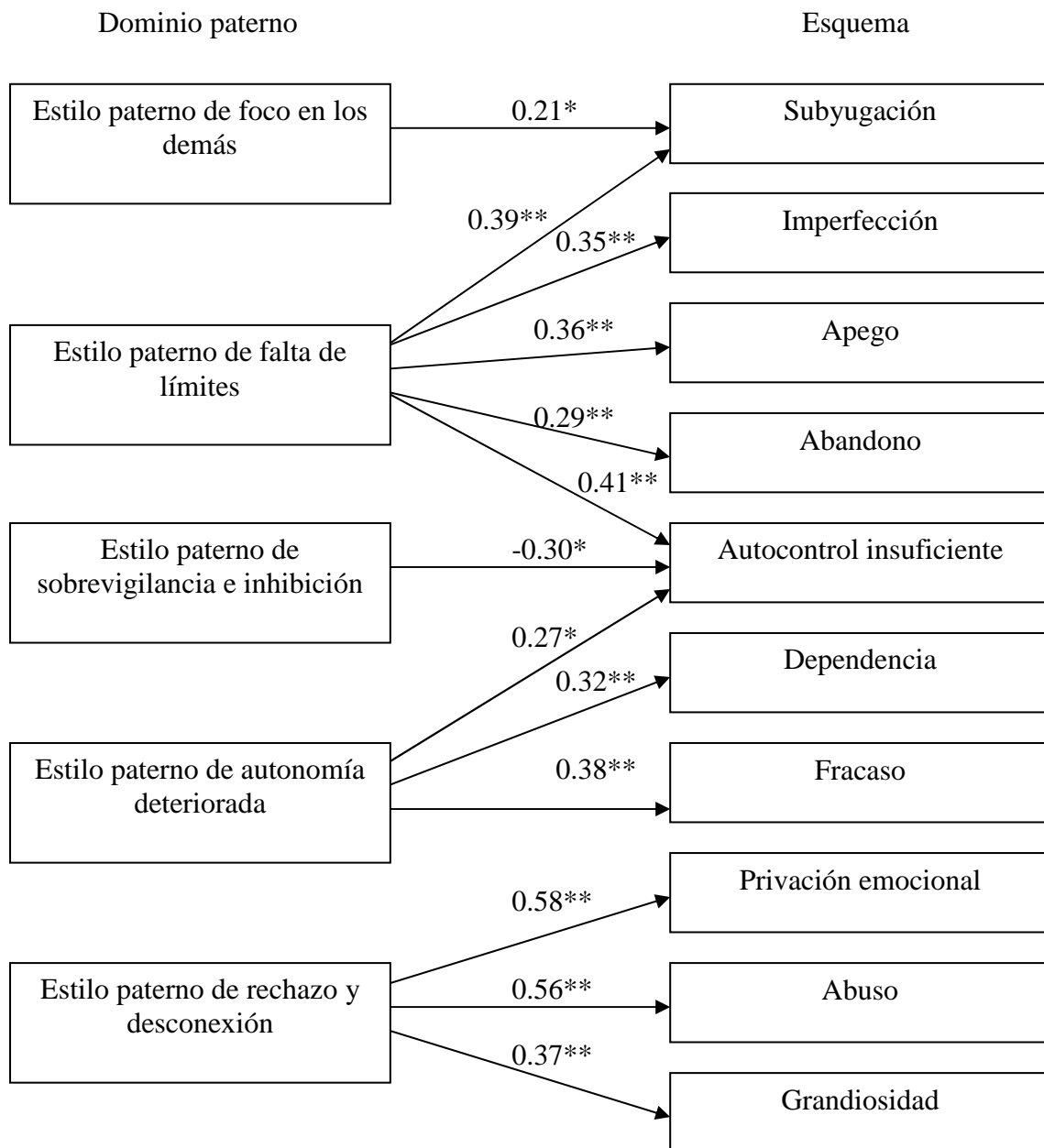
dominio se asocia con el dominio paterno correspondiente. Si bien, además, los estilos de autonomía deteriorada y de falta de límites se asocian a otros dominios de esquemas.

Figura 14. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos paternos disfuncionales y los dominios de esquemas disfuncionales tempranos



La figura 15 muestra los resultados para los diez esquemas específicos y sus asociaciones con los estilos de crianza paternos. El modelo obtuvo índices de ajuste adecuados, $\chi^2(37, N = 101) = 67.65, p < .01$; RMSEA = .076 (0.046; 0.10); SRMR = .065; CFI = 1.00. Tal y como se observa los paths son consistentes con la teoría para la gran mayoría de los esquemas, a excepción de los esquemas de abandono, imperfección, apego y grandiosidad. En el caso de los esquemas de abandono e imperfección no se asociaron con el estilo paterno de rechazo y desconexión, sino al de falta de límites. Por su parte el esquema de apego se asoció también con el estilo paterno de falta de límites, mientras que el esquema de grandiosidad se asoció al estilo paterno de rechazo y desconexión en vez de al de falta de límites.

Figura 15. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos paternos disfuncionales y los esquemas disfuncionales tempranos



7.6. ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN AGRESORES DE PAREJA

En esta sección se presentan los resultados de los análisis orientados a establecer las relaciones entre los esquemas tempranos y los diferentes trastornos de la personalidad estudiados en los agresores de pareja.

La tabla 26 muestra los resultados obtenidos para el trastorno dependiente de la personalidad. Tal y como puede observarse, los maltratadores con rasgo o trastorno de la personalidad por dependencia puntúan significativamente más alto en los esquemas disfuncionales tempranos de imperfección, fracaso y dependencia. En relación al tamaño del efecto, según las estimaciones de Cohen (1988), las diferencias en estos tres esquemas para los participantes con o sin rasgo o trastornos de personalidad fueron grandes.

Tabla 26. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno de la personalidad por dependencia.

	Maltratadores sin rasgos o sin trastorno dependiente de personalidad (n = 90)	Maltratadores con rasgo o trastorno dependiente de personalidad (n = 5)	F (1, 93)	Sig.	te
Privación Emocional	10,33 (5,51)	14,20 (3,42)	2,39	,125	-0,71
Abandono	14,73 (5,92)	18,00 (6,04)	1,44	,233	-0,55
Abuso	12,24 (4,75)	12,80 (3,56)	,066	,798	-0,12
Imperfección	8,76 (4,22)	14,60 (2,30)	9,38*	,003	-1,41
Fracaso	8,87 (4,61)	14,00 (3,81)	5,96*	,017	-1,12
Dependencia	9,90 (4,42)	14,00 (2,92)	4,17*	,044	-0,94
Apego	8,89 (4,28)	12,00 (4,42)	2,50	,117	-0,73
Subyugación	11,12 (4,04)	12,20 (4,32)	,335	,564	-0,27
Grandiosidad	11,28 (4,86)	14,20 (5,26)	1,70	,196	-0,60
Autocontrol Insuficiente	13,06 (5,56)	17,80 (1,79)	3,59	,061	-0,87

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 27 muestra los resultados obtenidos para el trastorno histriónico de la personalidad. Tal y como puede observarse, los maltratadores con rasgo o trastorno histriónico de la personalidad puntúan significativamente más bajo en todos los esquemas disfuncionales tempranos, a excepción de los esquemas de privación emocional y grandiosidad en los que no existen diferencias significativas. En relación al tamaño del efecto, según las estimaciones de Cohen (1988), las diferencias fueron moderadas para los esquemas de abandono, abuso, fracaso y apego y grandes para los esquemas de imperfección, dependencia, subyugación y autocontrol insuficiente.

Tabla 27. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno histriónico de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de la personalidad histriónico (n = 82)	Maltratadores con rasgo o trastorno de la personalidad histriónico (n = 13)	F (1,93)	Sig.	te
Privación Emocional	10,95 (5,60)	7,92 (3,84)	3,52	,064	0,56
Abandono	15,43 (6,00)	11,62 (4,41)	4,81*	,031	0,65
Abuso	12,67 (4,79)	9,77 (3,03)	4,47*	,037	0,63
Imperfección	9,59 (4,42)	5,77 (1,17)	9,49*	,003	0,92
Fracaso	9,56 (4,86)	6,46 (2,15)	5,10*	,026	0,67
Dependencia	10,59 (4,55)	7,15 (2,03)	7,13*	,009	0,80
Apego	9,48 (4,41)	6,38 (2,40)	6,07*	,016	0,74
Subyugación	11,61 (4,04)	8,46 (2,90)	7,28*	,008	0,81
Grandiosidad	11,74 (5,03)	9,46 (3,45)	2,47	,119	0,47
Autocontrol Insuficiente	13,94 (5,52)	9,31 (3,68)	8,51*	,004	0,87

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 28 muestra los resultados obtenidos para el trastorno de la personalidad narcisista. Tal y como puede observarse, los maltratadores con rasgo o trastorno de la personalidad narcisista puntúan significativamente más alto en el esquema disfuncional temprano de grandiosidad. El tamaño del efecto, en este caso, indicó una diferencia moderada.

Tabla 28. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno narcisista de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad narcisista (n = 74)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad narcisista (n = 21)	F (1, 93)	Sig.	te
Privación Emocional	10,57 (5,22)	10,43 (6,45)	,010	,919	0,03
Abandono	14,69 (5,83)	15,67 (6,38)	,441	,508	-0,16
Abuso	12,09 (4,66)	12,90 (4,82)	,487	,487	-0,17
Imperfección	9,20 (4,30)	8,57 (4,52)	,345	,559	0,14
Fracaso	9,23 (4,80)	8,81 (4,39)	,130	,720	0,09
Dependencia	10,15 (4,23)	10,00 (5,23)	,018	,893	0,03
Apego	8,74 (3,87)	10,14 (5,58)	1,73	,191	-0,33
Subyugación	11,41 (3,97)	10,38 (4,28)	1,05	,307	0,26
Grandiosidad	10,81 (4,57)	13,62 (5,51)	5,64*	,020	-0,59
Autocontrol Insuficiente	13,35 (5,14)	13,14 (6,85)	,023	,880	0,04

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 29 muestra los resultados obtenidos para el trastorno antisocial de la personalidad. Tal y como puede observarse, los maltratadores con rasgos clínicos o trastorno antisocial de la personalidad también puntúan significativamente más alto en el esquema de grandiosidad. El tamaño del efecto indicó una diferencia también moderada.

Tabla 29. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno antisocial de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad antisocial (n = 83)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad antisocial (n = 12)	F (1, 93)	Sig.	te
Privación Emocional	10,45 (5,18)	11,17 (7,48)	,180	,672	-0,13
Abandono	14,65 (6,01)	16,67 (5,28)	1,21	,274	-0,34
Abuso	12,14 (4,70)	13,17 (4,65)	,497	,483	-0,22
Imperfección	8,78 (4,00)	10,92 (6,08)	2,55	,113	-0,50
Fracaso	9,29 (4,80)	8,08 (3,94)	,689	,409	0,26
Dependencia	10,11 (4,47)	10,17 (4,45)	,002	,966	-0,01
Apego	8,99 (4,41)	9,50 (3,73)	,146	,703	-0,12
Subyugación	11,17 (4,02)	11,25 (4,35)	,004	,948	-0,02
Grandiosidad	10,99 (4,76)	14,50 (4,98)	5,65*	,019	-0,73
Autocontrol Insuficiente	13,02 (5,52)	15,25 (5,36)	1,71	,194	-0,41

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 30 muestra los resultados obtenidos para el trastorno de la personalidad agresivo-sádico. Tal y como puede observarse, a pesar del número insuficiente de casos para el trastorno agresivo-sádico de la personalidad, hay que destacar que los maltratadores con rasgo o trastorno de estas característica puntúan significativamente más alto en los esquemas disfuncionales tempranos de privación emocional y grandiosidad. En relación al tamaño del efecto las diferencias en ambos esquemas fueron grandes.

Tabla 30. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno agresivo-sádico de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad agresivo-sádico (n = 92)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad agresivo-sádico (n = 3)	F (1, 93)	Sig.	te
Privación Emocional	10,23 (5,09)	20,00 (9,54)	10,14*	,002	-1,87
Abandono	14,84 (5,79)	17,00 (11,27)	,383	,538	-0,36
Abuso	12,15 (4,61)	16,00 (6,56)	1,98	,162	-0,83
Imperfección	8,95 (4,29)	12,67 (4,93)	2,17	,144	-0,86
Fracaso	9,16 (4,74)	8,33 (3,51)	,090	,765	0,18
Dependencia	10,12 (4,44)	10,00 (5,57)	,002	,964	0,03
Apego	9,11 (4,35)	7,33 (3,21)	,489	,486	0,41
Subyugación	11,20 (4,01)	10,67 (5,86)	,049	,825	0,13
Grandiosidad	11,22 (4,74)	18,00 (6,25)	5,85*	,017	-1,42
Autocontrol Insuficiente	13,22 (5,57)	16,00 (3,61)	,735	,394	-0,50

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 31 muestra los resultados obtenidos para el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Tal y como puede observarse, no hubo diferencias significativas en los diferentes esquemas disfuncionales tempranos estudiados.

Tabla 31. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad compulsivo (n = 73)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad compulsivo (n = 22)	F (1, 93)	Sig.	te
Privación Emocional	10,75 (5,71)	9,82 (4,69)	,490	,486	0,17
Abandono	15,48 (5,88)	13,00 (5,86)	3,01	,086	0,42
Abuso	12,58 (4,74)	11,27 (4,45)	1,31	,255	0,28
Imperfección	9,21 (4,59)	8,59 (3,42)	,338	,563	0,14
Fracaso	9,25 (4,83)	8,77 (4,32)	,171	,681	0,10
Dependencia	10,08 (4,66)	10,23 (3,73)	,018	,894	-0,03
Apego	9,19 (4,57)	8,59 (3,38)	,325	,570	0,14
Subyugación	11,40 (4,07)	10,45 (3,92)	,921	,340	0,24
Grandiosidad	11,78 (4,94)	10,27 (4,68)	1,61	,207	0,31
Autocontrol Insuficiente	13,75 (5,76)	11,82 (4,47)	2,10	,151	0,35

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 32 muestra los resultados obtenidos para el trastorno límite de la personalidad. Tal y como puede observarse, los maltratadores con rasgo o trastorno límite de la personalidad puntúan significativamente más alto en los esquemas disfuncionales tempranos de imperfección y autocontrol insuficiente. En relación al tamaño del efecto, según las estimaciones de Cohen (1988), las diferencias en estos dos esquemas para los participantes con o sin rasgo o trastorno de personalidad límite fueron grandes.

Tabla 32. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno límite de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad límite (n = 86)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad límite (n = 9)	F (1, 93)	Sig.	te
Privación Emocional	10,24 (5,33)	13,33 (6,44)	2,64	,108	-0,57
Abandono	14,59 (6,09)	17,89 (2,93)	2,55	,114	-0,56
Abuso	12,07 (4,63)	14,22 (5,00)	1,74	,191	-0,46
Imperfección	8,51 (3,91)	14,33 (4,85)	17,24**	,000	-1,46
Fracaso	8,92 (4,49)	11,22 (6,30)	1,98	,163	-0,49
Dependencia	9,87 (4,39)	12,44 (4,53)	2,78	,099	-0,58
Apego	8,85 (4,33)	11,00 (3,81)	2,05	,156	-0,50
Subyugación	10,94 (3,93)	13,44 (4,59)	3,20	,077	-0,63
Grandiosidad	11,29 (5,03)	12,78 (3,35)	,748	,389	-0,30
Autocontrol Insuficiente	12,71 (5,03)	19,00 (7,05)	11,77**	,001	-1,20

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 33 muestra los resultados obtenidos para el trastorno de la personalidad paranoide. Tal y como puede observarse, los maltratadores con rasgo o trastorno paranoide de la personalidad puntúan significativamente más alto en los esquemas disfuncionales tempranos de privación emocional, abuso, imperfección, fracaso, dependencia, subyugación y autocontrol insuficiente. En cuanto al tamaño del efecto, las diferencias fueron grandes para los esquemas de abuso y fracaso y moderadas para los esquemas de privación emocional, imperfección, dependencia, subyugación y autocontrol insuficiente.

Tabla 33. Diferencias en esquemas entre agresores con y sin trastorno paranoide de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad paranoide (n = 77)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad paranoide (n = 18)	F (1, 93)	Sig.	te
Privación Emocional	9,94 (5,38)	13,11 (5,27)	5,12*	,026	-0,59
Abandono	14,53 (6,04)	16,50 (5,36)	1,61	,207	-0,33
Abuso	11,56 (4,41)	15,33 (4,72)	10,43*	,002	-0,84
Imperfección	8,58 (4,30)	11,11 (3,97)	5,18*	,025	-0,60
Fracaso	7,94 (3,61)	14,28 (5,40)	36,73**	,000	-1,59
Dependencia	9,64 (4,25)	12,17 (4,78)	4,93*	,029	-0,58
Apego	8,81 (4,12)	10,11 (5,07)	1,34	,250	-0,30
Subyugación	10,64 (3,91)	13,50 (3,84)	7,88*	,006	-0,73
Grandiosidad	11,20 (4,82)	12,44 (5,25)	,948	,333	-0,25
Autocontrol Insuficiente	12,75 (5,53)	15,67 (4,97)	4,19*	,043	-0,54

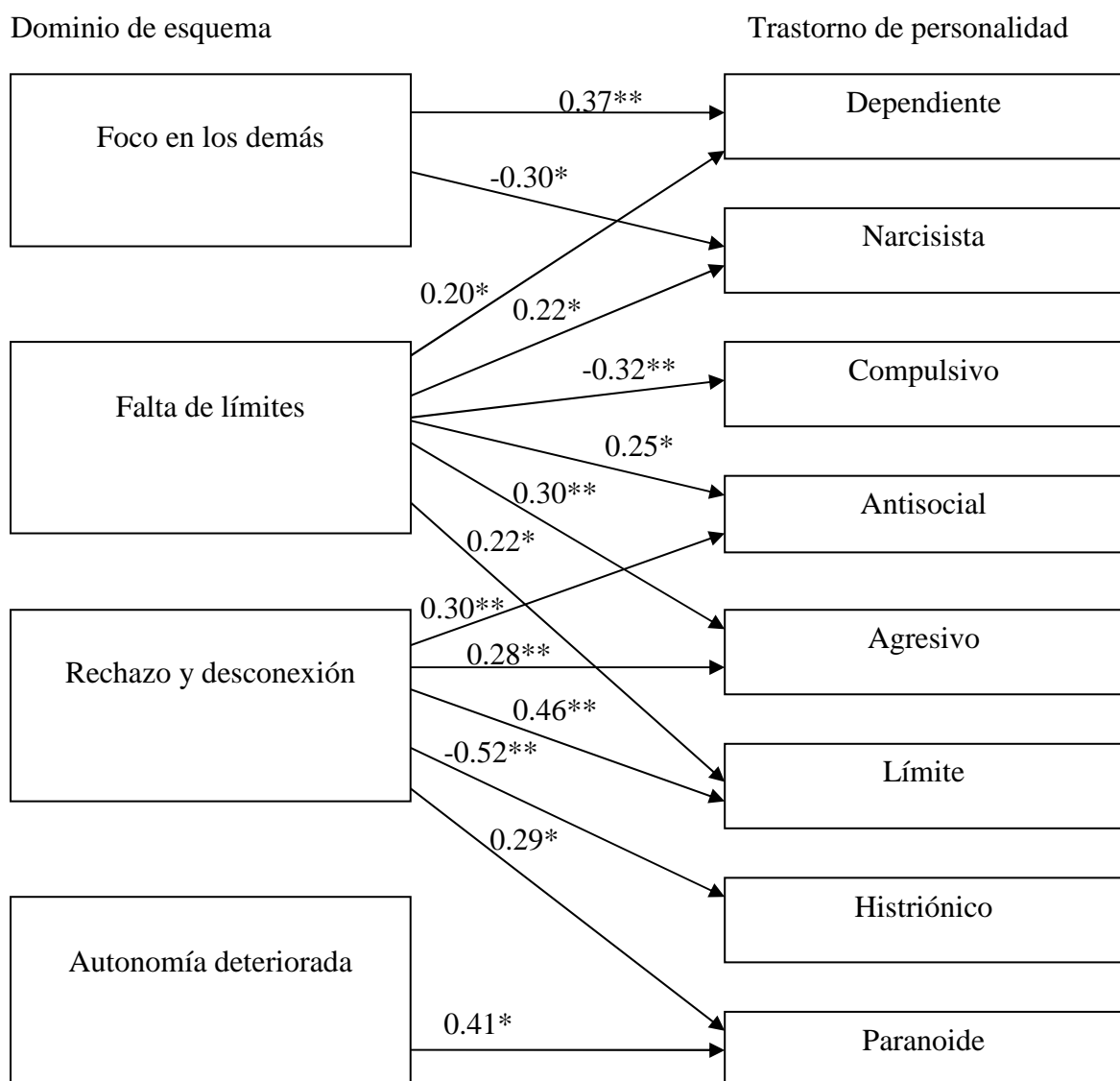
Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

Asimismo, se realizó una estrategia de análisis multivariada que tuviese en cuenta el solapamiento entre las variables. En esta sección se presentan los resultados de los “path analyses” orientados a identificar las asociaciones entre los esquemas disfuncionales tempranos y los trastornos de la personalidad en agresores de pareja.

La Figura 16 muestra los resultados obtenidos para los dominios de esquemas y los ocho trastornos de la personalidad estudiados. Los indicadores de ajuste fueron adecuados, χ^2 (18, $N = 101$) = 35.17, $p < .01$; RMSEA = .081 (0.039; 0.12); SRMR = 0.063, CFI = 1.00. Tal y como se observa en los resultados, el dominio de foco en los demás se asocia positivamente al trastorno de personalidad dependiente y de forma negativa con el trastorno de personalidad narcisista. El dominio de esquema de falta de límites se asocia positivamente con los trastornos de personalidad dependientes, narcisista, antisocial, agresivo y límite y de forma

negativa con el trastorno de personalidad compulsivo. A su vez, el dominio de esquema de rechazo y desconexión se asocia positivamente con los trastornos de personalidad antisocial, agresivo, límite y paranoide y de forma negativa al trastorno de personalidad histriónico. Por su parte, el dominio de autonomía deteriorada se asocia únicamente al trastorno paranoide de personalidad.

Figura 16. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de esquemas disfuncionales tempranos y los trastornos de personalidad.



7.7. ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN AGRESORES DE PAREJA

En esta sección se presentan los resultados de diversos análisis. Por una parte, se presentan los resultados de una serie de análisis de la varianza orientados a evaluar las posibles diferencias en los estilos de crianza parentales para los maltratadores con y sin rasgos clínicos o trastornos de personalidad. En este caso, el procedimiento utilizado es el Modelo Lineal General Multivariante. Por otra, se presentan los resultados de una serie de “path análisis” orientados a identificar las asociaciones entre los estilos de crianza parentales y las puntuaciones en las escalas de los trastornos de personalidad en agresores de pareja. En este caso, el procedimiento utilizado para los análisis fue similar al descrito en otros apartados.

7.7.1. Estilos de crianza parentales (materno y paterno) y trastornos de la personalidad

A continuación, se presentan en primer lugar los resultados obtenidos para los diferentes trastornos de la personalidad estudiados y los estilos de crianza parentales tanto paternos como maternos.

La tabla 34 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo de personalidad dependiente y los estilos de crianza parentales (tanto materno como paterno). Tal y como se observa en los resultados, una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en el trastorno dependiente de la personalidad, se caracteriza por mayores puntuaciones en los estilos parentales de apego, negatividad y grandiosidad.

Tabla 34. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno de la personalidad por dependencia.

	Maltratadores sin rasgo o sin trastorno dependiente de personalidad (n = 79)	Maltratadores con rasgo o trastorno dependiente de personalidad (n = 4)	F (1, 81)	Sig.
Deprivación emocional	23,04 (11,83)	20,25 (8,06)	,22	,643
Abandono	12,63 (7,17)	17,50 (1,91)	1,82	,181
Abuso	9,33 (3,57)	11,25 (6,50)	1,02	,316
Vulnerabilidad al daño	23,14 (8,38)	29,75 (3,86)	2,44	,122
Dependencia/ incompetencia	13,24 (6,86)	14,25 (10,40)	,08	,780
Imperfección	13,01 (8,01)	14,00 (2,71)	,06	,807
Fracaso	11,86 (5,68)	16,50 (14,46)	2,11	,150
Subyugación	14,87 (8,78)	20,00 (11,31)	1,27	,264
Autosacrificio	23,01 (5,82)	27,50 (7,00)	2,23	,139
Estándares inflexibles/ hipercrítica	38,25 (16,05)	41,75 (14,17)	,18	,671
Grandiosidad	19,73 (7,74)	28,50 (7,42)	4,90*	,030
Autocontrol insuficiente	15,01 (8,00)	17,25 (8,14)	,30	,587
Apego	18,65 (6,09)	28,50 (13,30)	8,74*	,004
Negatividad/pesimismo	21,59 (8,39)	32,00 (5,72)	5,98*	,017
Punitividad	18,53 (7,69)	20,75 (4,43)	,33	,570
Inhibición emocional	31,54 (9,53)	27,75 (8,34)	,61	,438
Búsqueda de aprobación	18,87 (9,67)	26,50 (3,42)	2,45	,122

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 35 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo de personalidad histriónico. Los maltratadores que obtienen una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en este trastorno de personalidad, obtienen puntuaciones más bajas en los estilos de crianza parentales de fracaso, subyugación, estándares inflexibles o hipercrítica, punitividad y autocontrol insuficiente.

Tabla 35. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno histriónico de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de la personalidad histriónico (n = 70)	Maltratadores con rasgo o trastorno de la personalidad histriónico (n = 13)	F (1,81)	Sig.
Deprivación emocional	23,61 (12,33)	19,08 (5,88)	1,68	,199
Abandono	13,51 (7,35)	9,38 (4,03)	3,87	,053
Abuso	9,60 (3,98)	8,46 (1,39)	1,03	,313
Vulnerabilidad al daño	23,91 (8,06)	21,00 (9,62)	1,35	,249
Dependencia/ incompetencia	13,44 (7,00)	12,46 (7,13)	,21	,645
Imperfección	13,74 (8,30)	9,38 (2,47)	3,50	,065
Fracaso	12,71 (6,62)	8,69 (1,25)	4,72*	,033
Subyugación	15,97 (9,24)	10,54 (4,88)	4,25*	,043
Autosacrificio	23,43 (5,92)	22,15 (5,97)	,51	,479
Estándares inflexibles/ hiper crítica	40,06 (15,37)	29,62 (16,41)	4,96*	,029
Grandiosidad	20,61 (8,17)	17,69 (5,99)	1,51	,223
Autocontrol insuficiente	16,06 (8,25)	10,08 (3,20)	6,59*	,012
Apego	19,29 (7,13)	18,23 (4,78)	,26	,611
Negatividad/pesimismo	22,80 (8,57)	18,31 (7,67)	3,10	,082
Punitividad	19,73 (7,54)	12,77 (4,38)	10,35*	,002
Inhibición emocional	31,56 (9,50)	30,31 (9,61)	,19	,665
Búsqueda de aprobación	19,89 (9,97)	15,77 (6,51)	2,04	,157

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 36 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo de personalidad narcisista. Tal y como se observa en los resultados, no hubo diferencias significativas para ningún estilo parental.

Tabla 36. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno narcisista de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad narcisista (n = 66)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad narcisista (n = 17)	F (1, 81)	Sig.
Deprivación emocional	23,59 (11,79)	20,24 (11,04)	1,12	,293
Abandono	13,24 (7,06)	11,41 (7,17)	,90	,345
Abuso	9,68 (4,07)	8,41 (1,46)	1,59	,211
Vulnerabilidad al daño	23,65 (8,50)	22,71 (7,82)	,17	,679
Dependencia/ incompetencia	13,36 (7,20)	13,00 (6,27)	,04	,850
Imperfección	13,06 (7,58)	13,06 (9,00)	,00	,999
Fracaso	11,95 (6,12)	12,59 (7,00)	,14	,713
Subyugación	15,58 (9,04)	13,35 (8,37)	,84	,362
Autosacrificio	22,92 (5,52)	24,41 (7,31)	,86	,358
Estándares inflexibles/ hipercrítica	38,11 (16,39)	39,65 (14,21)	,13	,724
Grandiosidad	20,41 (7,83)	19,18 (8,35)	,33	,570
Autocontrol insuficiente	14,86 (7,76)	16,12 (8,96)	,33	,566
Apego	19,47 (7,28)	17,76 (4,41)	,85	,360
Negatividad/pesimismo	22,17 (8,95)	21,82 (7,04)	,02	,884
Punitividad	18,76 (7,68)	18,18 (7,28)	,08	,779
Inhibición emocional	30,76 (9,58)	33,71 (8,89)	1,32	,255
Búsqueda de aprobación	19,44 (10,00)	18,47 (8,06)	,14	,713

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 37 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo antisocial de personalidad. Tal y como se observa en los resultados, una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala de este trastorno, se caracteriza por mayores puntuaciones en el estilo de crianza parental de deprivación emocional.

Tabla 37. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno antisocial de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad antisocial (n = 71)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad antisocial (n = 12)	F (1, 81)	Sig.
Deprivación emocional	21,61 (11,46)	30,58 (10,08)	6,50*	,013
Abandono	12,80 (6,88)	13,25 (8,47)	,04	,841
Abuso	9,32 (3,43)	10,00 (5,24)	,34	,563
Vulnerabilidad al daño	22,99 (8,25)	26,25 (8,58)	1,59	,211
Dependencia/ incompetencia	13,20 (6,87)	13,83 (7,95)	,08	,772
Imperfección	13,00 (8,06)	13,42 (6,63)	,03	,866
Fracaso	12,07 (6,37)	12,17 (5,92)	,00	,961
Subyugación	14,79 (8,67)	17,08 (10,37)	,68	,412
Autosacrificio	23,62 (6,01)	20,92 (4,91)	2,18	,144
Estándares inflexibles/ hiper-crítica	39,58 (15,65)	31,58 (16,34)	2,65	,108
Grandiosidad	19,89 (7,93)	21,75 (7,89)	,57	,454
Autocontrol insuficiente	14,92 (8,01)	16,33 (7,98)	,32	,572
Apego	19,70 (6,92)	15,67 (4,96)	3,74	,057
Negatividad/pesimismo	22,32 (8,58)	20,75 (8,62)	,35	,559
Punitividad	18,80 (7,61)	17,67 (7,54)	,23	,633
Inhibición emocional	31,86 (9,39)	28,42 (9,83)	1,36	,246
Búsqueda de aprobación	19,34 (10,12)	18,67 (5,80)	,05	,824

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 38 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo agresivo-sádico de personalidad. Tal y como se observa en los resultados, los maltratadores que obtienen una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala del trastorno agresivo-sádico de la personalidad, obtienen puntuaciones más altas en los estilos de crianza parentales de deprivación emocional, abandono, abuso y subyugación.

Tabla 38. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno agresivo-sádico de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad agresivo-sádico (n = 80)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad agresivo-sádico (n = 3)	F (1, 81)	Sig.
Deprivación emocional	22,21 (11,20)	41,33 (9,24)	8,50*	,005
Abandono	12,50 (6,60)	22,67 (13,43)	6,36*	,014
Abuso	9,19 (3,26)	15,67 (9,29)	9,73*	,003
Vulnerabilidad al daño	23,41 (8,32)	24,67 (10,50)	,07	,800
Dependencia/ incompetencia	13,11 (6,84)	18,00 (10,82)	1,42	,236
Imperfección	12,78 (7,78)	20,67 (6,11)	3,01	,087
Fracaso	11,85 (6,11)	18,33 (8,74)	3,17	,079
Subyugación	14,59 (8,45)	29,33 (10,69)	8,68*	,004
Autosacrificio	23,31 (5,90)	21,00 (7,00)	,44	,509
Estándares inflexibles/ hiper-crítica	38,55 (15,94)	35,00 (17,52)	,14	,707
Grandiosidad	20,28 (8,02)	17,00 (3,00)	,49	,485
Autocontrol insuficiente	15,13 (8,06)	15,00 (6,25)	,00	,979
Apego	19,24 (6,80)	16,00 (7,55)	,65	,422
Negatividad/pesimismo	22,05 (8,48)	23,33 (12,50)	,06	,800
Punitividad	18,39 (7,46)	25,33 (8,74)	2,49	,119
Inhibición emocional	31,66 (9,35)	23,33 (11,06)	2,27	,136
Búsqueda de aprobación	19,39 (9,69)	15,33 (6,66)	,513	,476

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 39 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo compulsivo de la personalidad. Tal y como se observa en los resultados, una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad se caracteriza por menores puntuaciones en el estilo parental de deprivación emocional.

Tabla 39. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad compulsivo (n = 65)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad compulsivo (n = 18)	F (1, 81)	Sig.
Deprivación emocional	24,29 (11,88)	17,89 (9,46)	4,44*	,038
Abandono	13,46 (7,39)	10,72 (5,46)	2,14	,147
Abuso	9,68 (4,05)	8,50 (1,89)	1,42	,237
Vulnerabilidad al daño	23,65 (8,98)	22,78 (5,53)	,15	,698
Dependencia/ incompetencia	13,12 (7,00)	13,89 (7,09)	,17	,683
Imperfección	13,58 (8,35)	11,17 (5,37)	1,35	,249
Fracaso	12,68 (6,61)	9,94 (4,37)	2,73	,102
Subyugación	15,72 (9,22)	12,94 (7,46)	1,38	,244
Autosacrificio	22,85 (6,11)	24,61 (5,04)	1,26	,265
Estándares inflexibles/ hiper crítica	37,38 (15,62)	42,17 (16,79)	1,28	,261
Grandiosidad	20,74 (7,93)	18,06 (7,66)	1,64	,205
Autocontrol insuficiente	15,31 (7,77)	14,44 (8,89)	,16	,687
Apego	18,77 (7,03)	20,39 (5,91)	,80	,375
Negatividad/pesimismo	22,57 (8,68)	20,39 (8,09)	,92	,342
Punitividad	18,40 (7,64)	19,50 (7,41)	,30	,588
Inhibición emocional	30,51 (10,24)	34,44 (5,01)	2,48	,119
Búsqueda de aprobación	18,54 (8,82)	21,78 (11,92)	1,62	,207

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 40 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo de personalidad límite. Los maltratadores que obtienen una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala de este trastorno de la personalidad, se caracterizan por mayores puntuaciones en los estilos parentales de vulnerabilidad al daño, imperfección, fracaso y subyugación.

Tabla 40. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno límite de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad límite (n = 74)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad límite (n = 9)	F (1, 81)	Sig.
Deprivación emocional	22,12 (11,50)	29,33 (11,58)	3,15	,080
Abandono	12,68 (7,03)	14,44 (7,65)	,50	,482
Abuso	9,18 (3,11)	11,44 (6,95)	3,07	,084
Vulnerabilidad al daño	22,81 (8,30)	28,78 (6,87)	4,28*	,042
Dependencia/ incompetencia	13,41 (6,85)	12,33 (8,38)	,19	,666
Imperfección	12,43 (6,96)	18,22 (12,36)	4,58*	,035
Fracaso	11,51 (5,40)	16,78 (10,44)	6,00*	,016
Subyugación	14,45 (7,86)	20,67 (14,48)	4,06*	,047
Autosacrificio	22,85 (5,45)	26,33 (8,65)	2,85	,095
Estándares inflexibles/ hipercrítica	37,92 (15,55)	42,56 (19,05)	,68	,412
Grandiosidad	19,88 (7,91)	22,44 (7,92)	,84	,361
Autocontrol insuficiente	14,57 (7,39)	19,67 (11,27)	3,38	,070
Apego	19,11 (7,08)	19,22 (4,09)	,00	,962
Negatividad/pesimismo	21,80 (8,13)	24,56 (11,79)	,83	,364
Punitividad	18,51 (7,53)	19,67 (8,17)	,19	,668
Inhibición emocional	31,08 (8,72)	33,67 (14,80)	,60	,443
Búsqueda de aprobación	19,09 (9,94)	20,44 (6,33)	,16	,693

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 41 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo paranoide de personalidad. Tal y como se observa en los resultados, una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala del trastorno paranoide de la personalidad se caracteriza por mayores puntuaciones en los estilos de crianza parentales de abandono, vulnerabilidad al daño, dependencia, imperfección, fracaso, estándares inflexibles, grandiosidad, autocontrol insuficiente, apego, negatividad, punitividad, búsqueda de aprobación e inhibición emocional.

Tabla 41. Diferencias en estilos de crianza parentales entre agresores con y sin trastorno paranoide de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad paranoide (n = 68)	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad paranoide (n = 15)	F (1, 81)	Sig.
Deprivación emocional	22,97 (11,77)	22,60 (11,50)	,01	,912
Abandono	12,07 (6,46)	16,47 (8,76)	4,97*	,029
Abuso	9,28 (3,32)	10,07 (5,24)	,55	,461
Vulnerabilidad al daño	22,38 (7,98)	28,33 (8,38)	6,71*	,011
Dependencia/ incompetencia	12,49 (6,59)	16,93 (7,78)	5,24*	,025
Imperfección	12,18 (6,92)	17,07 (10,44)	5,03*	,028
Fracaso	11,29 (5,62)	15,67 (7,89)	6,37*	,014
Subyugación	14,51 (8,68)	17,87 (9,69)	1,76	,189
Autosacrificio	22,75 (5,25)	25,40 (8,15)	2,52	,117
Estándares inflexibles/ hiper crítica	36,21 (15,79)	48,47 (12,49)	7,92*	,006
Grandiosidad	18,85 (7,31)	26,07 (8,05)	11,55*	,001
Autocontrol insuficiente	14,31 (7,36)	18,80 (9,77)	4,04*	,048
Apego	18,31 (5,77)	22,80 (9,70)	5,66*	,020
Negatividad/pesimismo	21,01 (8,40)	27,00 (7,72)	6,42*	,013
Punitividad	17,50 (7,33)	23,80 (6,57)	9,41*	,003
Inhibición emocional	30,37 (8,82)	35,87 (11,22)	4,31*	,041
Búsqueda de aprobación	18,07 (8,78)	24,53 (11,58)	5,90*	,017

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

7.7.2. Estilos de crianza maternos y trastornos de la personalidad

En esta sección se presentan los resultados de los análisis de la varianza orientados a evaluar las posibles diferencias en los estilos de crianza maternos para los maltratadores con y sin rasgos clínicos o trastornos de personalidad.

La tabla 42 muestra los resultados obtenidos para el rasgo y trastorno de personalidad dependiente. Tal y como se observa en los resultados, una puntuación de prevalencia igual o

superior a 75 en el MCMI-III en el trastorno dependiente de la personalidad, se caracteriza por mayores puntuaciones en los estilos maternos de abandono, apego y grandiosidad.

Tabla 42. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno de la personalidad por dependencia.

	Maltratadores sin rasgos o sin trastorno dependiente de personalidad (n = 84)	Maltratadores con rasgo o trastorno dependiente de personalidad (n = 4)	F (1, 86)	Sig.
Deprivación emocional	10,43 (5,62)	10,00 (4,97)	,022	,881
Abandono	5,87 (3,60)	9,50 (2,38)	3,96*	,050
Abuso	4,75 (2,40)	4,50 (1,00)	,04	,837
Vulnerabilidad al daño	12,35 (5,04)	15,25 (2,22)	1,31	,256
Dependencia/ incompetencia	6,81 (3,86)	7,25 (4,19)	,05	,825
Imperfección	6,32 (4,06)	9,00 (2,45)	1,70	,196
Fracaso	5,96 (3,14)	6,25 (3,30)	,03	,860
Subyugación	7,11 (4,46)	9,25 (3,77)	,89	,348
Autosacrificio	12,00 (3,45)	14,00 (3,37)	1,29	,260
Estándares inflexibles/ hipercrítica	18,32 (8,06)	20,75 (5,97)	,35	,555
Grandiosidad	9,96 (4,09)	14,50 (3,87)	4,71*	,033
Autocontrol insuficiente	7,48 (4,23)	7,25 (2,22)	,01	,916
Apego	9,54 (3,46)	13,25 (7,18)	3,95*	,050
Negatividad/pesimismo	10,82 (4,49)	15,00 (1,63)	3,41	,068
Inhibición emocional	16,05 (4,89)	15,25 (3,77)	,10	,749
Punitividad	8,90 (3,88)	11,00 (3,92)	1,11	,294
Búsqueda de aprobación	9,06 (5,07)	13,25 (2,22)	2,68	,105

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 43 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo histriónico de personalidad. Tal y como se observa en los resultados, los maltratadores que obtienen una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala de este trastorno

de la personalidad obtienen puntuaciones más bajas en los estilos maternos de imperfección, fracaso, hipercrítica, autocontrol insuficiente y punitividad.

Tabla 43. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno histriónico de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de la personalidad histriónico (n = 75)	Maltratadores con rasgo o trastorno de la personalidad histriónico (n = 13)	F (1,81)	Sig.
Deprivación emocional	10,71 (5,80)	8,69 (3,66)	1,46	,231
Abandono	6,29 (3,78)	4,54 (2,07)	2,64	,108
Abuso	4,80 (2,48)	4,38 (1,39)	,34	,560
Vulnerabilidad al daño	12,67 (4,77)	11,38 (6,10)	,73	,394
Dependencia/ incompetencia	6,91 (3,85)	6,38 (3,97)	,20	,654
Imperfección	6,80 (4,26)	4,38 (0,77)	4,13*	,045
Fracaso	6,27 (3,30)	4,31 (0,63)	4,52*	,036
Subyugación	7,57 (4,64)	5,08 (2,06)	3,61	,061
Autosacrificio	12,31 (3,50)	10,85 (2,97)	2,01	,160
Estándares inflexibles/ hipercrítica	19,15 (7,79)	14,31 (8,02)	4,24*	,043
Grandiosidad	10,41 (4,29)	8,77 (3,22)	1,74	,191
Autocontrol insuficiente	7,87 (4,34)	5,15 (1,57)	4,94*	,029
Apego	9,77 (3,92)	9,31 (2,29)	,17	,679
Negatividad/pesimismo	11,29 (4,58)	9,38 (3,57)	2,03	,157
Inhibición emocional	16,21 (4,82)	14,85 (4,90)	,89	,349
Punitividad	9,47 (3,93)	6,31 (2,21)	7,91*	,006
Búsqueda de aprobación	9,53 (5,21)	7,62 (3,71)	1,61	,208

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 44 muestra los resultados obtenidos para el trastorno y rasgo narcisista de la personalidad. Tal y como puede observarse en los resultados, no hubo diferencias significativas para ningún estilo de crianza materno.

Tabla 44. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno narcisista de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad narcisista (n = 70)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad narcisista (n = 18)	F (1, 86)	Sig.
Deprivación emocional	10,57 (5,88)	9,78 (4,24)	,29	,593
Abandono	6,24 (3,70)	5,22 (3,28)	1,14	,290
Abuso	4,87 (2,60)	4,22 (0,65)	1,09	,299
Vulnerabilidad al daño	12,43 (5,10)	12,67 (4,56)	,03	,857
Dependencia/ incompetencia	6,91 (3,99)	6,50 (3,35)	,16	,686
Imperfección	6,43 (3,94)	6,50 (4,49)	,00	,947
Fracaso	5,89 (3,11)	6,33 (3,27)	,29	,591
Subyugación	7,36 (4,52)	6,61 (4,17)	,40	,528
Autosacrificio	11,94 (3,37)	12,67 (3,79)	,63	,431
Estándares inflexibles/ hiper-crítica	18,04 (8,22)	19,94 (6,91)	,81	,370
Grandiosidad	10,19 (4,13)	10,11 (4,46)	,01	,947
Autocontrol insuficiente	7,27 (4,07)	8,22 (4,51)	,75	,390
Apego	9,83 (3,87)	9,22 (3,10)	,38	,540
Negatividad/pesimismo	10,97 (4,70)	11,17 (3,63)	,03	,870
Inhibición emocional	15,99 (4,98)	16,11 (4,32)	,01	,922
Punitividad	8,96 (3,99)	9,17 (3,55)	,04	,840
Búsqueda de aprobación	9,33 (5,24)	8,94 (4,33)	,08	,775

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 45 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo antisocial de personalidad. Tal y como se observa en los resultados, no hubo diferencias significativas para ningún estilo de crianza materno.

Tabla 45. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno antisocial de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad antisocial (n = 76)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad antisocial (n = 12)	F (1, 86)	Sig.
Deprivación emocional	9,96 (5,50)	13,25 (5,38)	3,73	,057
Abandono	6,05 (3,51)	5,92 (4,48)	,01	,905
Abuso	4,74 (2,33)	4,75 (2,60)	,00	,986
Vulnerabilidad al daño	12,17 (4,93)	14,42 (5,04)	2,14	,147
Dependencia/ incompetencia	6,76 (3,83)	7,25 (4,14)	,16	,686
Imperfección	6,43 (4,22)	6,50 (2,58)	,00	,958
Fracaso	5,97 (3,21)	6,00 (2,70)	,00	,979
Subyugación	6,99 (4,38)	8,58 (4,76)	1,35	,249
Autosacrificio	12,37 (3,48)	10,33 (2,77)	3,71	,057
Estándares inflexibles/ hiper crítica	18,95 (7,91)	15,17 (7,92)	2,37	,127
Grandiosidad	10,03 (4,18)	11,08 (4,17)	,66	,418
Autocontrol insuficiente	7,30 (4,09)	8,50 (4,60)	,86	,357
Apego	9,89 (3,77)	8,50 (3,21)	1,47	,229
Negatividad/pesimismo	11,21 (4,48)	9,75 (4,45)	1,10	,297
Inhibición emocional	16,32 (4,80)	14,08 (4,80)	2,25	,138
Punitividad	9,08 (3,98)	8,50 (3,34)	,23	,634
Búsqueda de aprobación	9,16 (5,28)	9,83 (3,33)	,18	,669

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 46 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo de la personalidad agresivo-sádica. Tal y como puede observarse en los resultados, una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala de este trastorno de la personalidad se caracteriza por mayores puntuaciones en los estilos maternos de deprivación emocional y subyugación.

Tabla 46. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno agresivo-sádico de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad agresivo- sádico (n = 85)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad agresivo- sádico (n = 3)	F (1, 86)	Sig.
Deprivación emocional	10,08 (5,33)	19,67 (4,73)	9,42*	,003
Abandono	5,86 (3,37)	11,00 (7,55)	6,17	,015
Abuso	4,66 (2,21)	7,00 (5,20)	2,94	,090
Vulnerabilidad al daño	12,44 (4,97)	13,67 (5,86)	,18	,676
Dependencia/ incompetencia	6,74 (3,86)	9,33 (3,06)	1,32	,254
Imperfección	6,35 (4,07)	9,00 (1,00)	1,26	,266
Fracaso	5,88 (3,09)	8,67 (3,79)	2,33	,131
Subyugación	6,94 (4,27)	14,67 (2,08)	9,66*	,003
Autosacrificio	12,13 (3,46)	11,00 (3,61)	,31	,581
Estándares inflexibles/ hipercrítica	18,51 (8,05)	16,33 (5,69)	,21	,645
Grandiosidad	10,22 (4,22)	8,67 (2,08)	,40	,528
Autocontrol insuficiente	7,46 (4,20)	7,67 (3,21)	,01	,933
Apego	9,72 (3,70)	9,33 (5,03)	,03	,861
Negatividad/pesimismo	11,00 (4,47)	11,33 (5,69)	,02	,900
Inhibición emocional	16,16 (4,80)	11,67 (4,04)	2,56	,113
Punitividad	8,89 (3,90)	12,00 (2,00)	1,87	,175
Búsqueda de aprobación	9,26 (5,09)	9,00 (4,58)	,01	,931

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 47 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo compulsivo de la personalidad. Tal y como se observa en los resultados, los maltratadores con una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala de este trastorno de personalidad obtienen mayores puntuaciones en el estilo de crianza materno de inhibición emocional.

Tabla 47. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad compulsivo (n = 66)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad compulsivo (n = 22)	F (1, 86)	Sig.
Deprivación emocional	11,06 (5,97)	8,45 (3,60)	3,73	,057
Abandono	6,06 (3,45)	5,95 (4,21)	,01	,906
Abuso	4,68 (1,87)	4,91 (3,48)	,15	,697
Vulnerabilidad al daño	12,79 (5,25)	11,5 (4,00)	1,03	,313
Dependencia/ incompetencia	6,58 (3,65)	7,59 (4,41)	1,15	,287
Imperfección	6,50 (4,13)	6,27 (3,81)	,05	,820
Fracaso	5,98 (2,69)	5,95 (4,27)	,00	,969
Subyugación	7,27 (4,52)	7,00 (4,29)	,06	,804
Autosacrificio	11,79 (3,55)	13,00 (3,06)	2,06	,155
Estándares inflexibles/ hiper crítica	17,59 (7,55)	20,95 (8,81)	3,01	,086
Grandiosidad	10,33 (4,07)	9,68 (4,54)	,40	,529
Autocontrol insuficiente	7,45 (3,93)	7,50 (4,87)	,00	,965
Apego	9,48 (3,70)	10,36 (3,77)	,92	,339
Negatividad/pesimismo	11,06 (4,60)	10,86 (4,21)	,03	,859
Inhibición emocional	15,30 (4,92)	18,14 (3,92)	6,01*	,016
Punitividad	8,79 (3,72)	9,64 (4,36)	,79	,378
Búsqueda de aprobación	8,86 (4,58)	10,41 (6,23)	1,56	,216

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 48 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo límite de personalidad. Tal y como se observa en los resultados, los maltratadores que obtienen una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala del trastorno de personalidad límite, obtienen puntuaciones más altas en los estilos maternos de deprivación emocional e imperfección.

Tabla 48. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno límite de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad límite (n = 79)	Maltratadores con rasgo o con trastorno de personalidad límite (n = 9)	F (1, 86)	Sig.
Deprivación emocional	9,96 (5,20)	14,33 (7,35)	5,22*	,025
Abandono	5,97 (3,59)	6,56 (4,13)	,21	,652
Abuso	4,71 (2,29)	5,00 (3,00)	,12	,727
Vulnerabilidad al daño	12,18 (5,00)	15,11 (4,04)	2,87	,094
Dependencia/ incompetencia	6,89 (3,80)	6,33 (4,53)	,17	,686
Imperfección	6,11 (3,58)	9,33 (6,42)	5,42*	,022
Fracaso	5,84 (3,08)	7,22 (3,49)	1,60	,210
Subyugación	6,99 (3,99)	9,11 (7,36)	1,87	,175
Autosacrificio	11,95 (3,31)	13,33 (4,56)	1,30	,257
Estándares inflexibles/ hipercrítica	18,24 (7,74)	20,11 (10,17)	,44	,508
Grandiosidad	10,11 (4,20)	10,67 (4,09)	,14	,709
Autocontrol insuficiente	7,25 (4,00)	9,33 (5,22)	2,05	,156
Apego	9,76 (3,84)	9,22 (2,44)	,17	,683
Negatividad/pesimismo	11,08 (4,36)	10,44 (5,70)	,16	,691
Inhibición emocional	15,85 (4,64)	17,44 (6,39)	,88	,350
Punitividad	8,95 (3,86)	9,44 (4,30)	,13	,719
Búsqueda de aprobación	9,27 (5,20)	9,11 (3,66)	,01	,931

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 49 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo paranoide de la personalidad. Tal y como puede observarse en los resultados, una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala de este trastorno de la personalidad, se caracteriza por mayores puntuaciones en todos los estilos de crianza maternos a excepción de los estilos de deprivación emocional y autosacrificio, en los que no existía una diferencia significativa.

Tabla 49. Diferencias en estilos maternos entre agresores con y sin trastorno paranoide de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad paranoide (n = 72)	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad paranoide (n = 16)	F (1, 86)	Sig.
Deprivación emocional	10,24 (5,69)	11,19 (5,08)	,38	,540
Abandono	5,47 (2,92)	8,56 (5,27)	10,54*	,002
Abuso	4,43 (1,45)	6,13 (4,43)	7,29*	,008
Vulnerabilidad al daño	11,88 (4,93)	15,19 (4,34)	6,15*	,015
Dependencia/ incompetencia	6,44 (3,68)	8,56 (4,26)	4,10*	,046
Imperfección	5,88 (3,34)	9,00 (5,72)	8,56*	,004
Fracaso	5,40 (2,38)	8,56 (4,62)	15,58**	,000
Subyugación	6,69 (4,12)	9,50 (5,20)	5,51*	,021
Autosacrificio	11,88 (3,22)	13,06 (4,36)	1,56	,215
Estándares inflexibles/ hiper crítica	17,14 (7,78)	24,25 (6,15)	11,71**	,001
Grandiosidad	9,44 (3,77)	13,44 (4,43)	13,75**	,000
Autocontrol insuficiente	7,03 (3,74)	9,44 (5,37)	4,59*	,035
Apego	9,32 (3,29)	11,44 (4,98)	4,42*	,038
Negatividad/pesimismo	10,39 (4,26)	13,81 (4,52)	8,28*	,005
Inhibición emocional	15,51 (4,64)	18,25 (5,17)	4,37*	,040
Punitividad	8,33 (3,60)	12,00 (3,81)	13,32**	,000
Búsqueda de aprobación	8,56 (4,66)	12,38 (5,67)	8,11*	,006

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

7.7.3. Estilos de crianza paternos y trastornos de la personalidad

A continuación, se presentan los resultados de los análisis de la varianza orientados a evaluar las posibles diferencias en los estilos de crianza paternos para maltratadores con y sin rasgo clínico o trastorno de personalidad.

La tabla 50 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo de la personalidad por dependencia. Tal y como se observa en los resultados, una puntuación de

prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala de este trastorno de la personalidad se caracteriza por mayores puntuaciones en los estilos paternos de abuso, grandiosidad y apego.

Tabla 50. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno dependiente de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgos o sin trastorno dependiente de personalidad (n = 80)	Maltratadores con rasgo o trastorno dependiente de personalidad (n = 4)	F (1, 82)	Sig.
Deprivación emocional	12,60 (6,98)	13,25 (7,80)	,03	,857
Abandono	6,78 (4,24)	8,25 (0,50)	,48	,491
Abuso	4,75 (1,92)	8,25 (8,50)	7,54*	,007
Vulnerabilidad al daño	10,73 (4,18)	14,00 (1,63)	2,41	,124
Imperfección	6,79 (4,93)	7,00 (2,45)	,01	,932
Fracaso	6,13 (3,34)	7,00 (4,76)	,25	,617
Subyugación	7,78 (5,31)	8,50 (3,79)	,07	,789
Autosacrificio	11,16 (3,14)	14,25 (3,30)	3,66	,059
Estándares inflexibles/ hiper crítica	19,71 (8,56)	19,25 (6,55)	,01	,916
Grandiosidad	9,84 (3,79)	14,00 (3,74)	4,59*	,035
Autocontrol insuficiente	7,63 (4,39)	9,00 (4,24)	,38	,542
Apego	9,01 (3,21)	13,50 (7,00)	6,54*	,012
Negatividad/pesimismo	10,75 (4,64)	15,25 (2,06)	3,69	,058
Inhibición emocional	15,99 (4,93)	12,25 (5,56)	2,17	,145
Punitividad	9,51 (4,81)	9,75 (1,50)	,01	,922
Búsqueda de aprobación	9,66 (4,94)	13,00 (1,83)	1,79	,184
Dependencia/ incompetencia	6,41 (3,46)	8,50 (5,26)	1,33	,253

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 51 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo histriónico de la personalidad. Tal y como puede observarse, los maltratadores que obtienen una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala de este trastorno obtienen

puntuaciones más bajas en los estilos paternos de fracaso, estándares inflexibles, autocontrol insuficiente y punitividad.

Tabla 51. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno histriónico de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de la personalidad histriónico (n = 71)	Maltratadores con rasgo o trastorno de la personalidad histriónico (n = 13)	F (1,81)	Sig.
Deprivación emocional	13,04 (7,36)	10,38 (3,71)	1,61	,208
Abandono	7,21 (4,28)	4,85 (2,67)	3,69	,058
Abuso	5,07 (2,78)	4,08 (0,28)	1,64	,204
Vulnerabilidad al daño	11,11 (4,17)	9,62 (3,99)	1,44	,234
Imperfección	7,13 (5,12)	5,00 (2,04)	2,16	,146
Fracaso	6,49 (3,57)	4,38 (0,77)	4,45*	,038
Subyugación	8,24 (5,35)	5,46 (3,84)	3,18	,078
Autosacrificio	11,31 (3,21)	11,31 (3,30)	,00	,998
Estándares inflexibles/ hiper crítica	20,49 (8,23)	15,31 (8,59)	4,30*	,041
Grandiosidad	10,24 (3,95)	8,92 (3,30)	1,27	,262
Autocontrol insuficiente	8,20 (4,52)	4,92 (1,71)	6,60*	,012
Apego	9,28 (3,66)	8,92 (2,90)	,11	,739
Negatividad/pesimismo	11,34 (4,65)	8,92 (4,21)	3,04	,085
Inhibición emocional	15,87 (5,03)	15,46 (4,98)	,07	,786
Punitividad	10,08 (4,79)	6,46 (2,73)	6,99*	,010
Búsqueda de aprobación	10,13 (5,12)	8,15 (3,00)	1,81	,182
Dependencia/ incompetencia	6,59 (3,60)	6,08 (3,35)	,23	,633

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 52 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo narcisista de la personalidad. Tal y como se observa, no hubo diferencias significativas para ningún estilo paterno.

Tabla 52. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno narcisista de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad narcisista (n = 66)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad narcisista (n = 18)	F (1, 82)	Sig.
Deprivación emocional	13,15 (6,94)	10,72 (6,94)	1,73	,192
Abandono	6,94 (3,96)	6,50 (4,87)	,16	,693
Abuso	5,09 (2,85)	4,28 (0,96)	1,41	,239
Vulnerabilidad al daño	11,06 (4,18)	10,22 (4,08)	,57	,451
Imperfección	6,82 (4,78)	6,72 (5,14)	,01	,941
Fracaso	6,11 (3,26)	6,39 (3,88)	,10	,755
Subyugación	8,05 (5,35)	6,94 (4,81)	,62	,432
Autosacrificio	11,24 (2,86)	11,56 (4,31)	,13	,715
Estándares inflexibles/ hipercrítica	19,67 (8,79)	19,78 (7,26)	,00	,961
Grandiosidad	10,20 (3,87)	9,44 (3,93)	,53	,468
Autocontrol insuficiente	7,67 (4,40)	7,78 (4,36)	,01	,924
Apego	9,44 (3,86)	8,44 (1,79)	1,12	,293
Negatividad/pesimismo	11,05 (4,93)	10,67 (3,51)	,09	,761
Inhibición emocional	15,50 (5,00)	16,94 (4,93)	1,19	,279
Punitividad	9,64 (4,64)	9,11 (5,06)	,18	,677
Búsqueda de aprobación	9,86 (5,02)	9,67 (4,49)	,02	,881
Dependencia/ incompetencia	6,58 (3,70)	6,28 (2,97)	,10	,754

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 53 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo antisocial de la personalidad. Tal y como se observa en los resultados, una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala del trastorno antisocial de la personalidad se caracteriza por mayores puntuaciones en el estilo de crianza paterno de deprivación emocional y menores puntuaciones en el estilo paterno de apego.

Tabla 53. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno antisocial de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad antisocial (n = 72)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad antisocial (n = 12)	F (1, 82)	Sig.
Deprivación emocional	11,85 (6,88)	17,33 (5,79)	6,81*	,011
Abandono	6,76 (4,12)	7,33 (4,46)	,19	,662
Abuso	4,86 (2,56)	5,25 (2,83)	,23	,632
Vulnerabilidad al daño	10,72 (4,14)	11,83 (4,28)	,73	,394
Imperfección	6,78 (4,89)	6,92 (4,68)	,01	,927
Fracaso	6,17 (3,40)	6,17 (3,41)	,00	1,000
Subyugación	7,69 (5,08)	8,50 (6,25)	,24	,624
Autosacrificio	11,43 (3,27)	10,58 (2,75)	,72	,399
Estándares inflexibles/ hipercrítica	20,24 (8,34)	16,42 (8,71)	2,13	,148
Grandiosidad	9,93 (3,90)	10,67 (3,77)	,37	,545
Autocontrol insuficiente	7,67 (4,48)	7,83 (3,79)	,02	,903
Apego	9,57 (3,64)	7,17 (1,90)	4,97*	,028
Negatividad/pesimismo	10,96 (4,68)	11,00 (4,61)	,00	,977
Inhibición emocional	16,06 (4,93)	14,33 (5,31)	1,23	,271
Punitividad	9,58 (4,64)	9,17 (5,25)	,08	,778
Búsqueda de aprobación	9,99 (5,10)	8,83 (3,33)	,57	,453
Dependencia/ incompetencia	6,50 (3,37)	6,58 (4,64)	,01	,940

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 54 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo agresivo-sádico de la personalidad. Tal y como puede observarse, los maltratadores con una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala del trastorno agresivo-sádico de la personalidad obtienen puntuaciones más altas en los estilos paternos de deprivación emocional, abandono, abuso y subyugación.

Tabla 54. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno agresivo-sádico de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad agresivo-sádico (n = 81)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad agresivo-sádico (n = 3)	F (1, 82)	Sig.
Deprivación emocional	12,30 (6,84)	21,67 (4,73)	5,51*	,021
Abandono	6,67 (3,99)	11,67 (6,43)	4,38*	,040
Abuso	4,78 (2,42)	8,67 (4,51)	7,03*	,010
Vulnerabilidad al daño	10,88 (4,15)	11,00 (5,29)	,00	,960
Imperfección	6,62 (4,71)	11,67 (6,81)	3,25	,075
Fracaso	6,04 (3,26)	9,67 (5,51)	3,43	,068
Subyugación	7,56 (4,94)	14,67 (9,29)	5,65*	,020
Autosacrificio	11,36 (3,20)	10,00 (3,61)	,52	,474
Estándares inflexibles/ hiper-crítica	19,73 (8,39)	18,67 (12,01)	,05	,832
Grandiosidad	10,10 (3,93)	8,33 (1,15)	,60	,441
Autocontrol insuficiente	7,70 (4,42)	7,33 (3,06)	,02	,886
Apego	9,32 (3,55)	6,67 (2,52)	1,64	,204
Negatividad/pesimismo	10,93 (4,60)	12,00 (6,93)	,15	,697
Inhibición emocional	15,96 (4,90)	11,67 (7,02)	2,17	,144
Punitividad	9,38 (4,58)	13,33 (7,51)	2,07	,154
Búsqueda de aprobación	9,95 (4,89)	6,33 (4,04)	1,60	,210
Dependencia/ incompetencia	6,43 (3,35)	8,67 (8,14)	1,15	,286

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 55 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo compulsivo de la personalidad. Tal y como se observa en los resultados, no existieron diferencias significativas para ningún estilo de crianza paterno.

Tabla 55. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad compulsivo (n = 66)	Maltratadores con rasgo o trastorno de personalidad compulsivo (n = 18)	F (1, 82)	Sig.
Deprivación emocional	13,35 (7,00)	10,00 (6,41)	3,35	,071
Abandono	7,18 (4,36)	5,61 (3,03)	2,06	,155
Abuso	5,09 (2,85)	4,28 (0,96)	1,41	,239
Vulnerabilidad al daño	10,89 (4,40)	10,83 (3,20)	,00	,957
Imperfección	7,09 (5,09)	5,72 (3,64)	1,14	,289
Fracaso	6,45 (3,52)	5,11 (2,65)	2,27	,136
Subyugación	8,14 (5,30)	6,61 (4,91)	1,21	,275
Autosacrificio	11,08 (3,36)	12,17 (2,41)	1,66	,202
Estándares inflexibles/ hipercrítica	19,39 (8,19)	20,78 (9,52)	,38	,541
Grandiosidad	10,36 (3,92)	8,83 (3,52)	2,24	,138
Autocontrol insuficiente	7,62 (4,03)	7,94 (5,57)	,08	,783
Apego	8,97 (3,62)	10,17 (3,13)	1,63	,205
Negatividad/pesimismo	11,18 (4,59)	10,17 (4,89)	,67	,414
Inhibición emocional	15,41 (5,36)	17,28 (2,99)	2,01	,161
Punitividad	9,41 (4,78)	9,94 (4,50)	,18	,671
Búsqueda de aprobación	9,35 (4,38)	11,56 (6,27)	2,95	,090
Dependencia/ incompetencia	6,42 (3,65)	6,83 (3,22)	,19	,667

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 56 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo límite de la personalidad. Una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala del trastorno límite de la personalidad se caracteriza por mayores puntuaciones en los estilos de crianza paternos de abuso, vulnerabilidad al daño y autosacrificio.

Tabla 56. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno límite de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad límite (n = 75)	Maltratadores con rasgo o con trastorno de personalidad límite (n = 9)	F (1, 82)	Sig.
Deprivación emocional	12,20 (6,87)	16,22 (7,17)	2,73	,102
Abandono	6,83 (4,24)	7,00 (3,43)	,01	,907
Abuso	4,68 (1,73)	6,89 (6,07)	6,24*	,014
Vulnerabilidad al daño	10,52 (4,12)	13,89 (3,26)	5,58*	,021
Imperfección	6,55 (4,60)	8,89 (6,37)	1,91	,171
Fracaso	5,99 (3,27)	7,67 (4,09)	2,01	,160
Subyugación	7,60 (4,99)	9,56 (7,00)	1,13	,292
Autosacrificio	11,05 (2,97)	13,44 (4,36)	4,69*	,033
Estándares inflexibles/ hiper-crítica	19,59 (8,44)	20,56 (9,02)	,11	,747
Grandiosidad	9,88 (3,89)	11,33 (3,64)	1,13	,290
Autocontrol insuficiente	7,43 (4,12)	9,89 (5,88)	2,61	,110
Apego	9,25 (3,72)	9,00 (1,41)	,04	,841
Negatividad/pesimismo	10,75 (4,54)	12,78 (5,36)	1,55	,217
Inhibición emocional	15,73 (4,47)	16,44 (8,56)	,16	,689
Punitividad	9,53 (4,80)	9,44 (4,10)	,00	,958
Búsqueda de aprobación	9,77 (5,09)	10,22 (2,82)	,07	,796
Dependencia/ incompetencia	6,53 (3,53)	6,33 (3,84)	,03	,874

Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 57 muestra los resultados obtenidos para el trastorno o rasgo paranoide de la personalidad. Tal y como puede observarse en los resultados, los maltratadores que obtienen una puntuación de prevalencia igual o superior a 75 en el MCMI-III en la escala de este trastorno de la personalidad obtienen mayores puntuaciones en los estilos de crianza paternos de vulnerabilidad al daño, fracaso, estándares inflexibles o hipercrítica, grandiosidad, apego, negatividad e inhibición emocional.

Tabla 57. Diferencias en estilos de crianza paternos entre agresores con y sin trastorno paranoide de la personalidad.

	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad paranoide (n = 68)	Maltratadores sin rasgo o trastorno de personalidad paranoide (n = 16)	F (1, 82)	Sig.
Deprivación emocional	12,87 (7,04)	11,63 (6,83)	,41	,525
Abandono	6,50 (4,00)	8,31 (4,56)	2,52	,116
Abuso	4,88 (2,60)	5,06 (2,59)	,06	,804
Vulnerabilidad al daño	10,32 (3,88)	13,25 (4,55)	6,89*	,010
Imperfección	6,31 (4,47)	8,88 (5,84)	3,78	,055
Fracaso	5,74 (2,90)	8,00 (4,60)	6,17*	,015
Subyugación	7,51 (5,15)	9,06 (5,53)	1,14	,289
Autosacrificio	11,06 (2,89)	12,38 (4,22)	2,23	,140
Estándares inflexibles/ hipercrítica	18,74 (8,59)	23,75 (6,59)	4,77*	,032
Grandiosidad	9,40 (3,63)	12,75 (3,80)	10,86**	,001
Autocontrol insuficiente	7,28 (4,05)	9,44 (5,32)	3,25	,075
Apego	8,79 (3,02)	11,06 (4,92)	5,62*	,020
Negatividad/pesimismo	10,47 (4,68)	13,06 (3,97)	4,19*	,044
Inhibición emocional	15,22 (4,77)	18,31 (5,30)	5,22*	,025
Punitividad	9,00 (4,64)	11,75 (4,43)	,41	,525
Búsqueda de aprobación	9,35 (4,62)	11,81 (5,61)	2,52	,116
Dependencia/ incompetencia	6,12 (3,25)	8,19 (4,31)	,06	,804

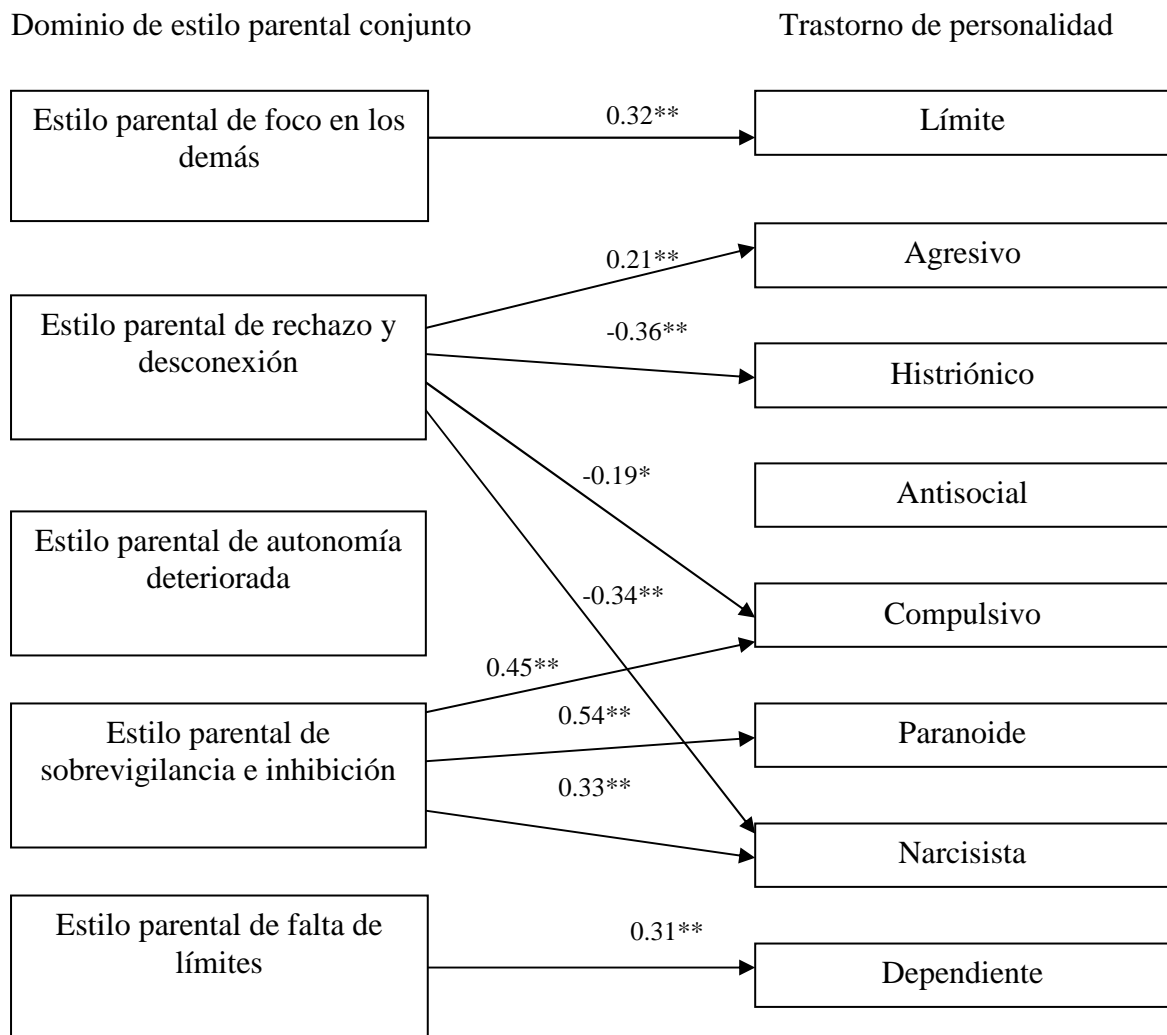
Nota * $p < .05$; ** $p < .001$

7.7.4. Estilos de crianza parentales y puntuaciones en las escalas de los trastornos de la personalidad

A continuación, se presentan en primer lugar los resultados obtenidos en el path análisis para los estilos de crianza tanto maternos como paternos y las puntuaciones en las diferentes escalas de los trastornos de la personalidad estudiados.

La Figura 17 muestra los resultados obtenidos para los estilos parentales y los ocho trastornos de la personalidad estudiados. Los indicadores de ajuste fueron limitados, $\chi^2 (31, N = 101) = 54.31, p < 0.01$; RMSEA = 0.081 (0.043; 0.12); SRMR = .10, CFI = 0.99. Tal y como se observa en los resultados, el dominio parental de rechazo y desconexión se asoció de forma positiva con el trastorno de personalidad agresivo y negativamente con los trastornos histriónico, compulsivo y narcisista. El dominio parental de sobrevigilancia e inhibición se asoció a su vez de forma positiva con los trastornos compulsivo, narcisista y paranoide de la personalidad. El dominio parental de falta de límites se asoció de forma positiva al trastorno de la personalidad por dependencia y el dominio parental de foco en los demás se asoció positivamente con el trastorno límite de la personalidad. Por otra parte, el dominio parental de autonomía deteriorada no se asoció a ningún trastorno de personalidad.

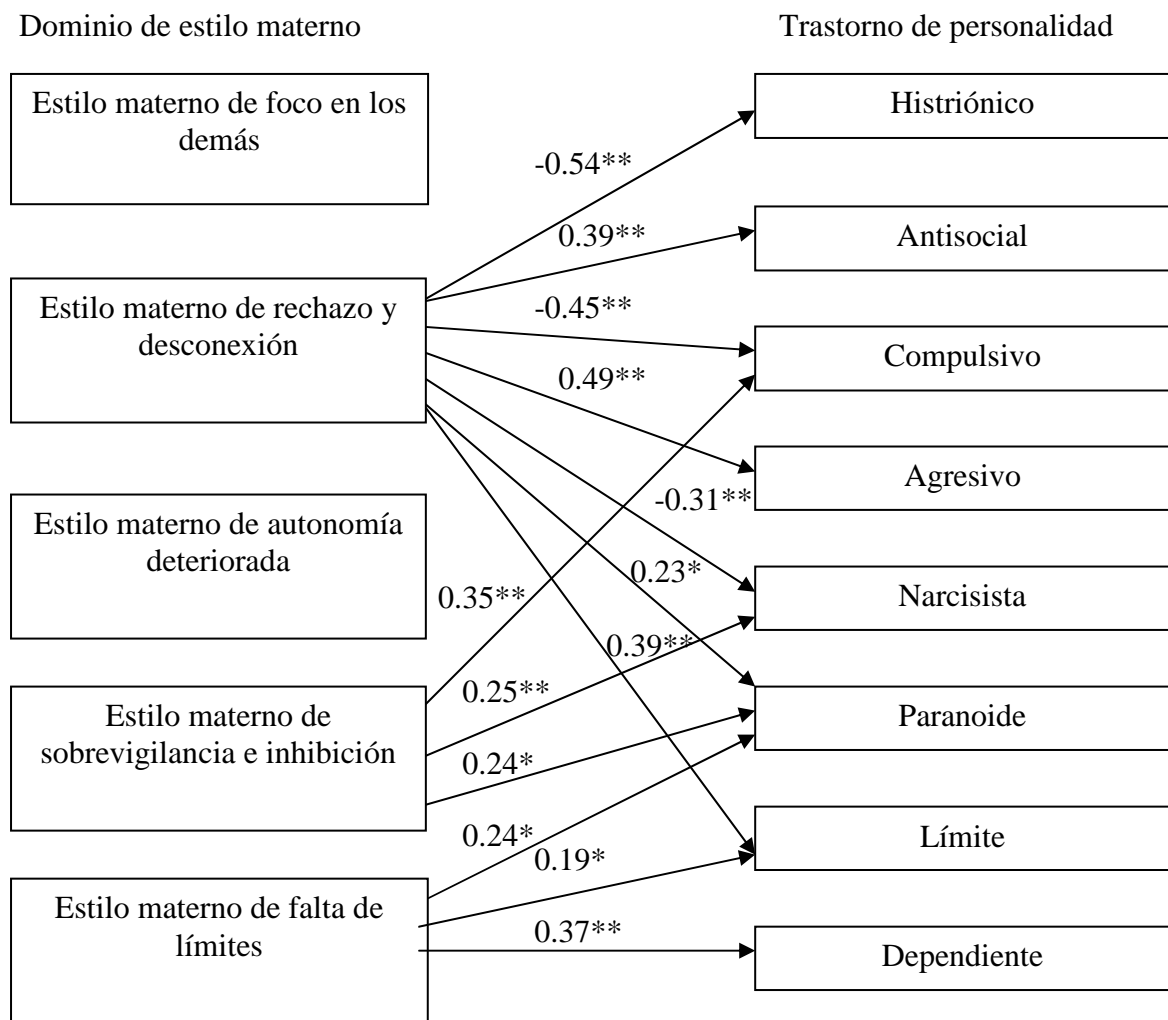
Figura 17. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos parentales disfuncionales y los trastornos de personalidad.



A continuación se realizó otro path análisis para los estilos de crianza maternos y las puntuaciones en las escalas de los trastornos de la personalidad en agresores de pareja. La Figura 18 muestra los resultados obtenidos para los estilos maternos y los ocho trastornos de la personalidad estudiados. Los indicadores de ajuste fueron excelentes, $\chi^2 (27, N = 101) = 40.57, p < .05$; RMSEA = 0.059 (0.0089; 0.094); SRMR = 0.061, CFI = 1.00. Tal y como se observa en los resultados, el dominio materno de rechazo y desconexión se asoció a casi todos los trastornos de la personalidad, siendo esta asociación positiva para los trastornos de personalidad antisocial, agresivo, límite y paranoide y negativa para los trastornos histriónico,

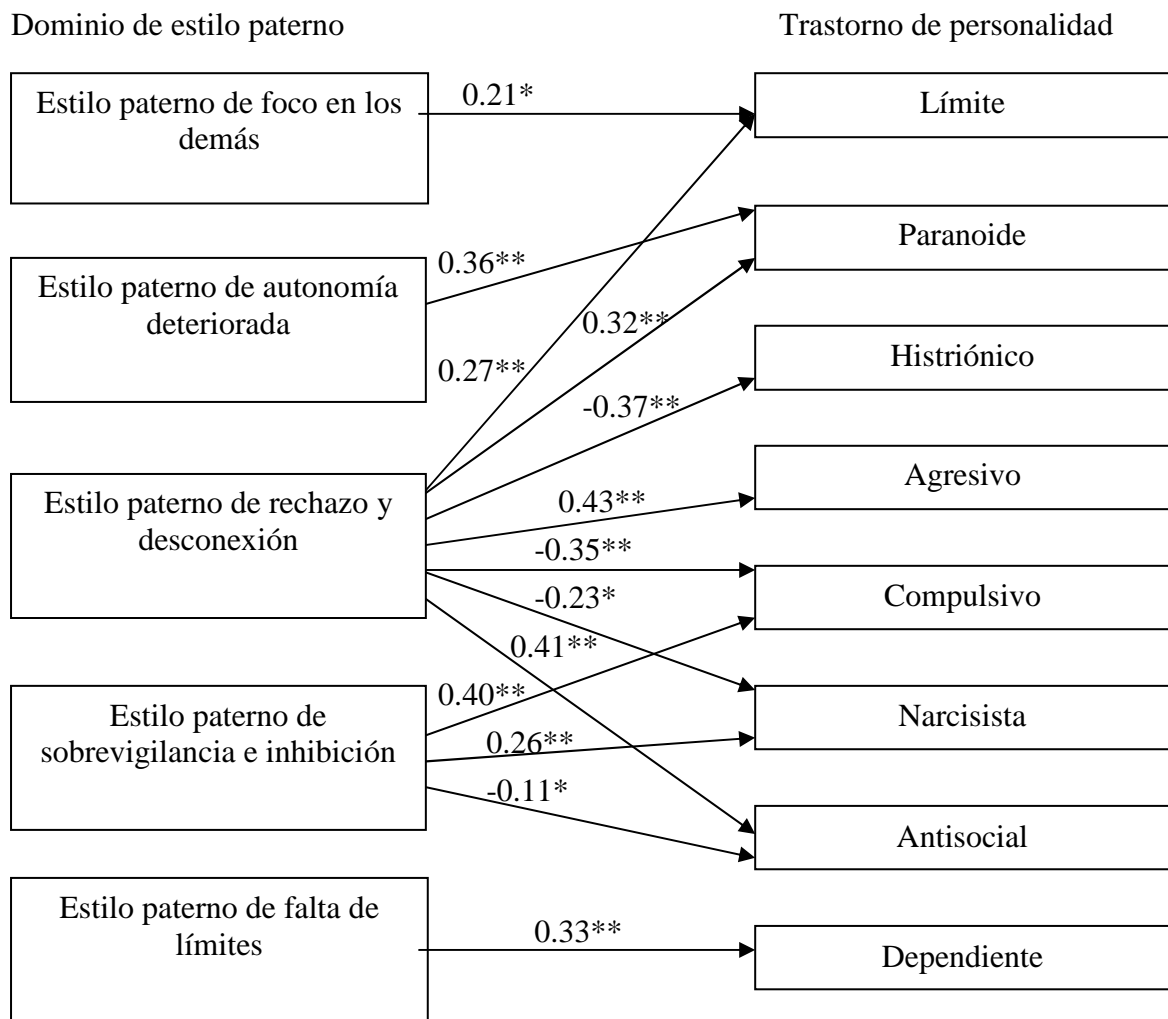
narcisista y compulsivo. El dominio materno de sobrevigilancia e inhibición se asoció a su vez de forma positiva con los trastornos compulsivo, narcisista y paranoide de la personalidad y el dominio materno de falta de límites se asoció también de forma positiva a los trastornos de personalidad paranoide, límite y dependiente. Por otra parte, los dominios maternos de foco en los demás y autonomía deteriorada no se asociaron a ningún trastorno de personalidad.

Figura 18. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos disfuncionales maternos y los trastornos de personalidad.



Del mismo modo, se realizó otro path análisis para los estilos de crianza paternos y las puntuaciones en las ocho escalas de los trastornos de personalidad en agresores de pareja. La Figura 19 muestra los resultados obtenidos para los estilos paternos y los ocho trastornos de la personalidad estudiados. Los indicadores de ajuste fueron excelentes, $\chi^2 (27, N = 101) = 25.59, p = 0.54$; RMSEA = 0.0 (0.0; 0.061); SRMR = 0.038, CFI = 1.00. Tal y como se observa en los resultados y tal como sucedía con los estilos maternos de crianza, el dominio paterno de rechazo y desconexión se asoció a casi todos los trastornos de la personalidad, siendo esta asociación positiva para los trastornos de personalidad antisocial, agresivo, límite y paranoide y negativa para los trastornos histriónico, narcisista y compulsivo de personalidad. Asimismo, el dominio paterno de sobrevigilancia e inhibición se asoció de forma positiva con los trastornos compulsivo y narcisista y negativamente con el trastorno de personalidad antisocial. El dominio paterno de foco en los demás se asoció al trastorno límite de la personalidad y el dominio de autonomía deteriorada se asoció al trastorno paranoide. También el dominio paterno de falta de límites se asoció con un único trastorno, siendo éste el trastorno de la personalidad por dependencia.

Figura 19. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos disfuncionales paternos y los trastornos de personalidad.

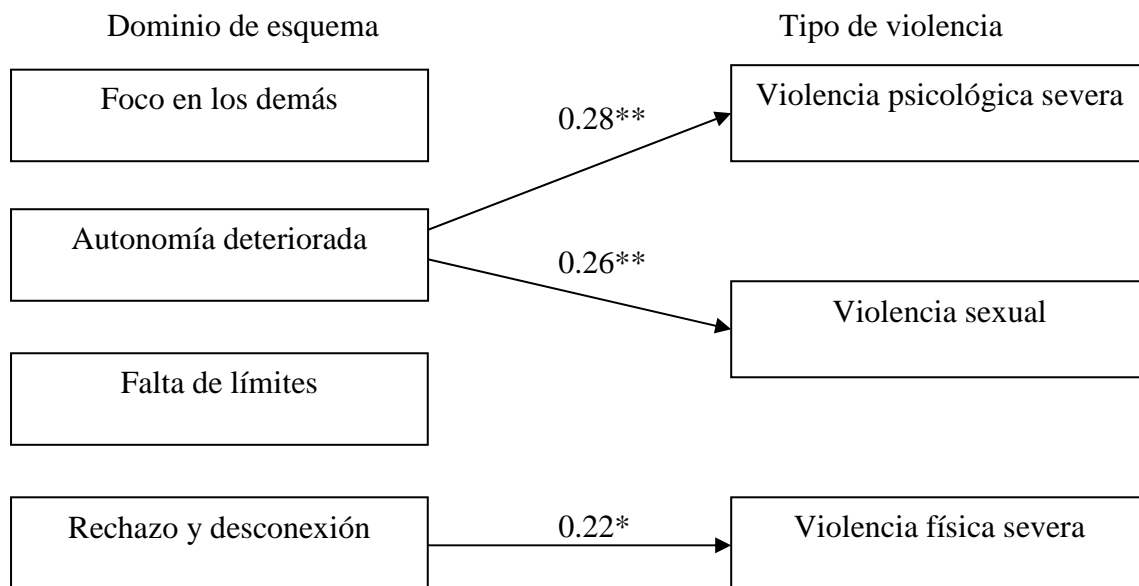


7.8. ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS Y TIPOS DE VIOLENCIA EN LA RELACIÓN

En esta sección se presentan los resultados de una serie de “path analyses” orientados a identificar las asociaciones entre los esquemas disfuncionales tempranos de los agresores de pareja y los tipos de violencia que pueden ejercerse dentro de una relación.

La Figura 20 muestra los resultados obtenidos para los dominios de esquemas y los tres tipos de conducta violenta. Los indicadores de ajuste fueron excelentes, $\chi^2 (9, N = 101) = 5.78, p = 0.76$; RMSEA = 0.0 (0.0; 0.065); SRMR = .030, CFI = 1.00. Tal y como se observa en los resultados, los dominios de esquemas de foco en los demás y falta de límites no se asociaron a ningún tipo de violencia. Por otra parte, el dominio de esquemas de autonomía deteriorada se asoció a la violencia psicológica y sexual, mientras que el dominio de esquemas de rechazo y desconexión se asoció a la violencia física.

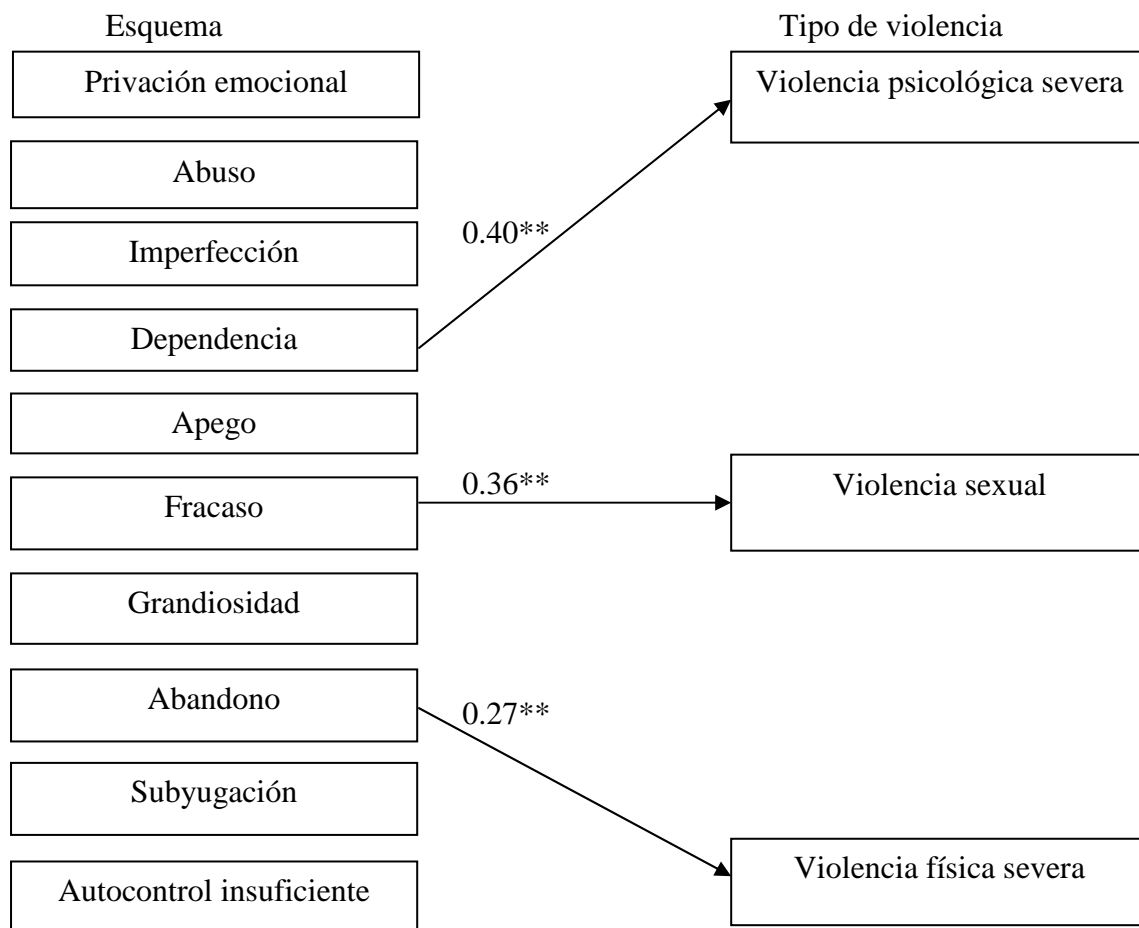
Figura 20. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de esquemas disfuncionales tempranos y el tipo de violencia ejercida en la relación.



A continuación se presentan los resultados para los diez esquemas específicos medidos en el estudio y los tipos de violencia que pueden ejercerse dentro de una relación. La

figura 21 muestra los resultados obtenidos para los esquemas y los tres tipos de conducta violenta. Los indicadores de ajuste fueron excelentes, $\chi^2 (18, N = 101) = 20.03, p = 0.33$; RMSEA = .028 (0.0; 0.082); SRMR = 0.047; CFI = 1.00. Tal y como se observa en los resultados, el esquema temprano de dependencia fue el que más se asoció a la violencia psicológica severa, el esquema de abandono a la violencia física severa y el esquema de fracaso fue el que más se asoció a la violencia sexual.

Figura 21. Modelo estructural estimado de la asociación entre los esquemas disfuncionales tempranos y el tipo de violencia ejercida en la relación.

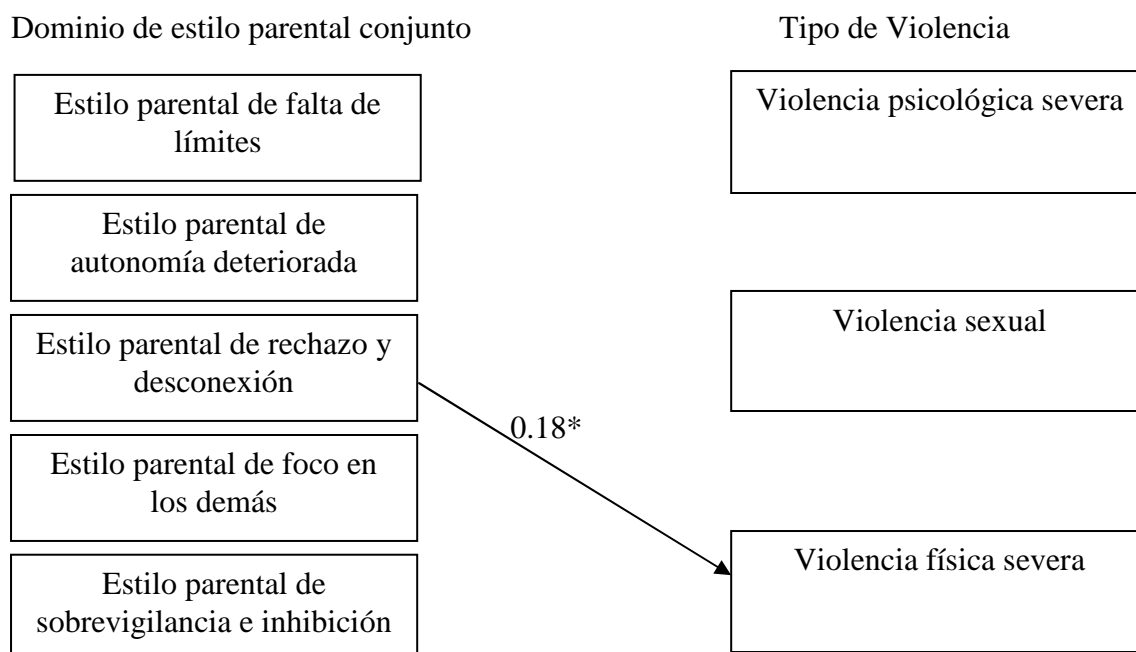


7.9. ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES Y TIPOS DE VIOLENCIA EN LA RELACIÓN

En esta sección se presentan los resultados de otra serie de “path analyses” orientados a identificar las asociaciones entre los estilos de crianza de los agresores de pareja y los tipos de violencia que se han ejercido dentro de la relación

La Figura 22 muestra los resultados obtenidos para los estilos parentales (tanto materno como paterno) y los tres tipos de conducta violenta. Los indicadores de ajuste fueron excelentes, $\chi^2 (14, N = 101) = 17.10, p = 0.25$; RMSEA = 0.048 (0.0; 0.12); SRMR = 0.062, CFI = 0.99. Tal y como se observa en los resultados, el único dominio parental que se asoció a un tipo concreto de violencia fue el de rechazo y desconexión, el cual se asoció a la violencia física severa.

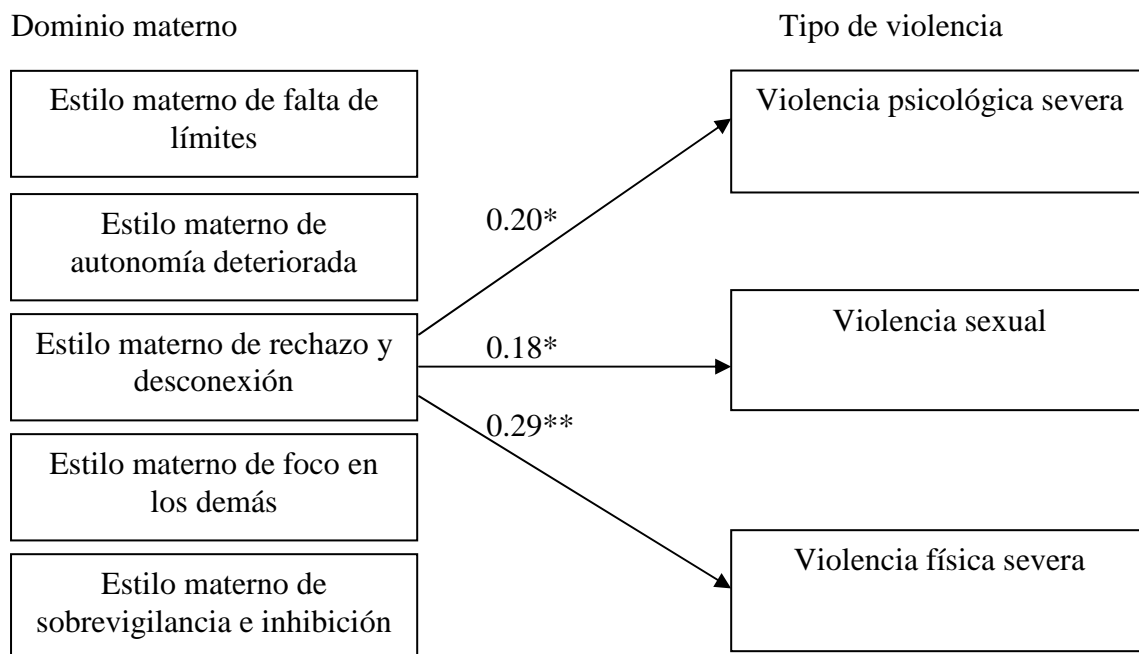
Figura 22. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos parentales disfuncionales y el tipo de violencia ejercida en la relación.



Asimismo, se realizó un path análisis orientado a identificar las asociaciones entre los estilos de crianza maternos y los tipos de violencia ejercidos. La figura 23 muestra los

resultados obtenidos para los dominios maternos y los tipos de violencia. Los indicadores de ajuste fueron excelentes, $\chi^2 (12, N = 101) = 11.35, p = 0.50$; RMSEA = 0.0 (0.0; 0.081); SRMR = 0.034; CFI = 1.00. Tal y como se observa en los resultados, el único dominio materno que se asoció a la violencia fue el de rechazo y desconexión, el cual se asoció a los tres tipos de violencia: violencia psicológica severa, violencia física severa y violencia sexual.

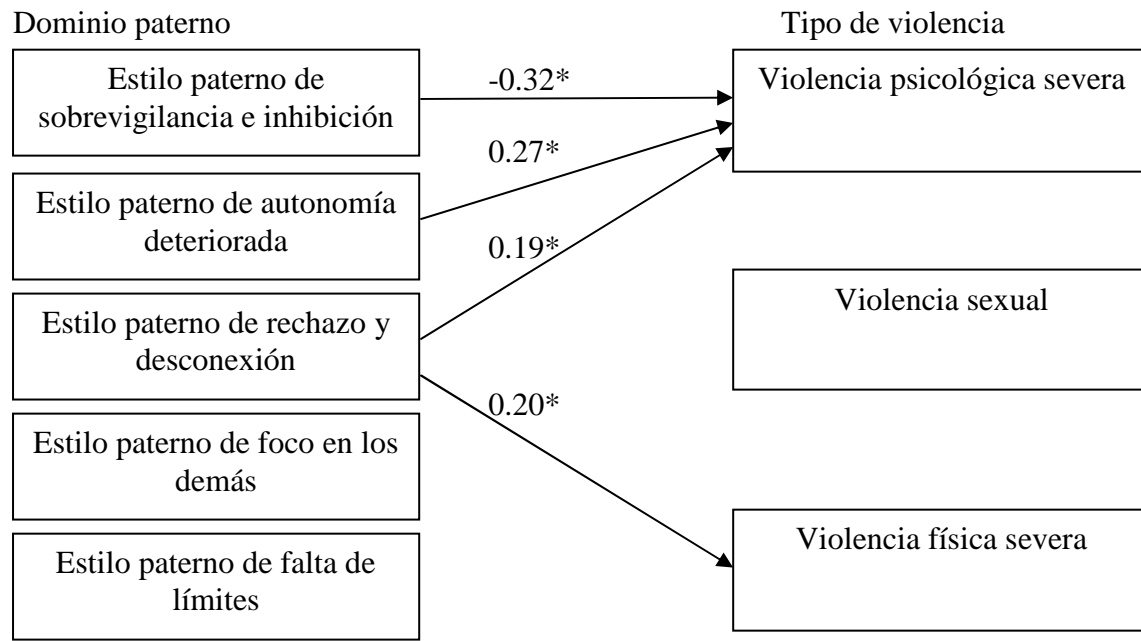
Figura 23. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos disfuncionales maternos y el tipo de violencia ejercida en la relación.



De la misma forma, se realizó un path análisis orientado a identificar las asociaciones entre los estilos de crianza paternos y los tipos de violencia ejercidos. La figura 24 muestra los resultados obtenidos para los dominios paternos y los tipos de violencia. Los indicadores de ajuste fueron excelentes, $\chi^2 (11, N = 101) = 13.32, p = 0.27$; RMSEA = 0.038 (0.0; 0.099); SRMR = 0.042; CFI = 1.00. Tal y como se observa en los resultados, los dominios paternos de autonomía deteriorada y el dominio de rechazo y desconexión se asociaron positivamente con la violencia psicológica severa, mientras que el dominio paterno de sobrevigilancia e

inhibición se asoció a este tipo de violencia de forma negativa. A su vez, el dominio de rechazo y desconexión se asoció también de forma positiva con la violencia física severa.

Figura 24. Modelo estructural estimado de la asociación entre los dominios de los estilos disfuncionales paternos y el tipo de violencia ejercida en la relación.

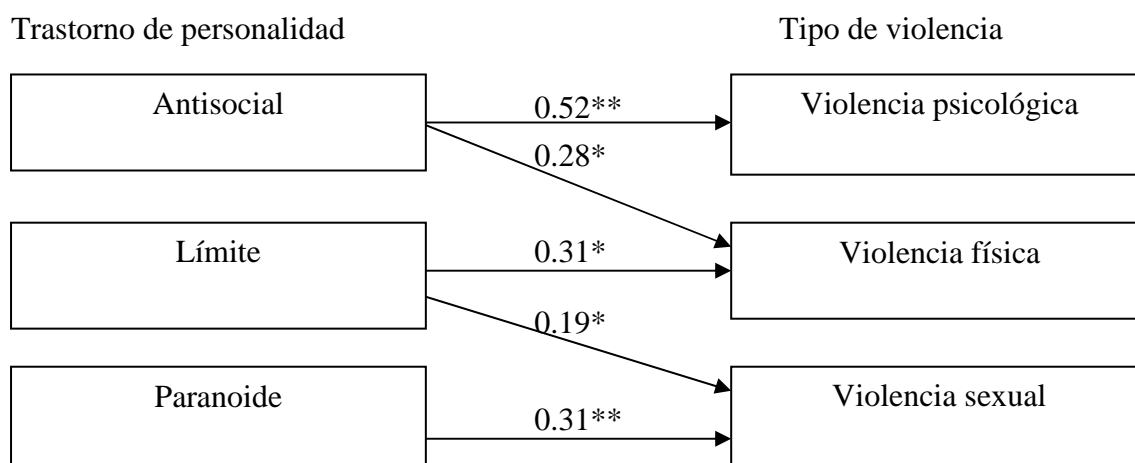


7.10. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y TIPOS DE VIOLENCIA EN LA RELACIÓN

A continuación se presentan los resultados de una serie de “path analyses” orientados a identificar las asociaciones entre los trastornos de la personalidad de los maltratadores y los tres tipos de violencia que pueden ejercerse dentro de la relación de pareja.

La Figura 25 muestra los resultados obtenidos para los trastornos de la personalidad estudiados y los tres tipos de violencia. Los indicadores de ajuste fueron excelentes, $\chi^2 (10, N = 101) = 14.63, p = 0.15$; RMSEA = .057 (0.0; 0.11); SRMR = 0.053, CFI = 1.00. Tal y como se observa en los resultados, el trastorno de personalidad antisocial se asoció a la violencia física y psicológica, el trastorno de personalidad límite se asoció a la conducta violenta física y de índole sexual y el trastorno paranoide se asoció a la violencia sexual. Los trastornos de personalidad narcisista y agresivo no se asociaron a ninguno de los tres tipos de violencia estudiados.

Figura 25. Modelo estructural estimado de la asociación entre los trastornos de personalidad y el tipo de violencia ejercida en la relación.

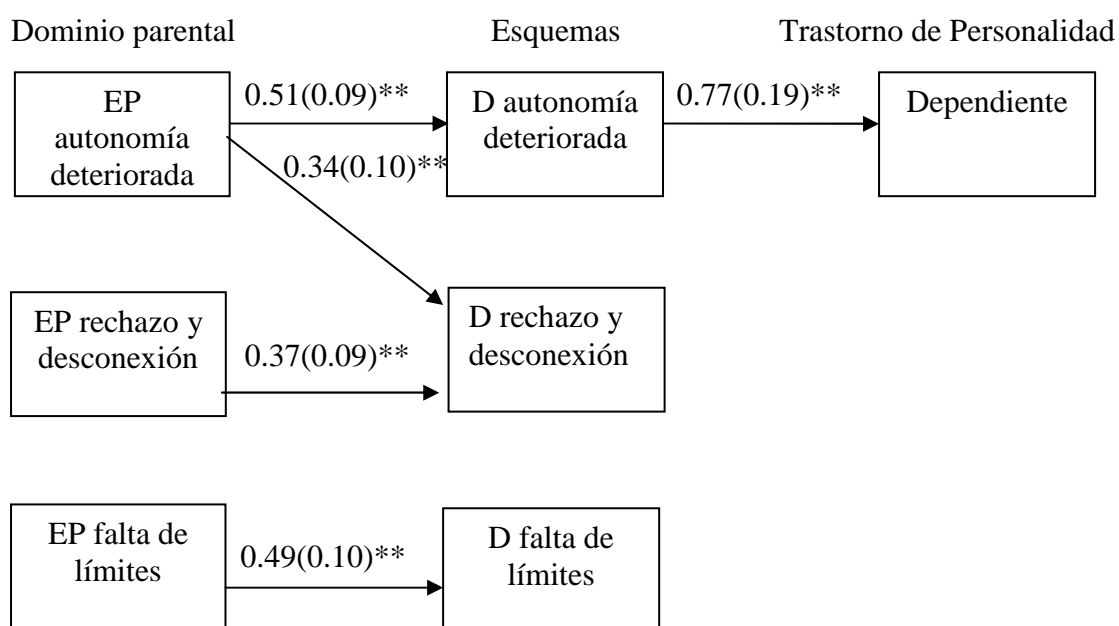


7.11. LOS ESQUEMAS COMO MEDIADORES ENTRE LOS ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES Y LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

En esta sección se presentan los resultados de una serie de “path analyses” orientados a evaluar si la relación entre los estilos de crianza parentales y los trastornos de personalidad en agresores estaba mediada por los esquemas disfuncionales tempranos.

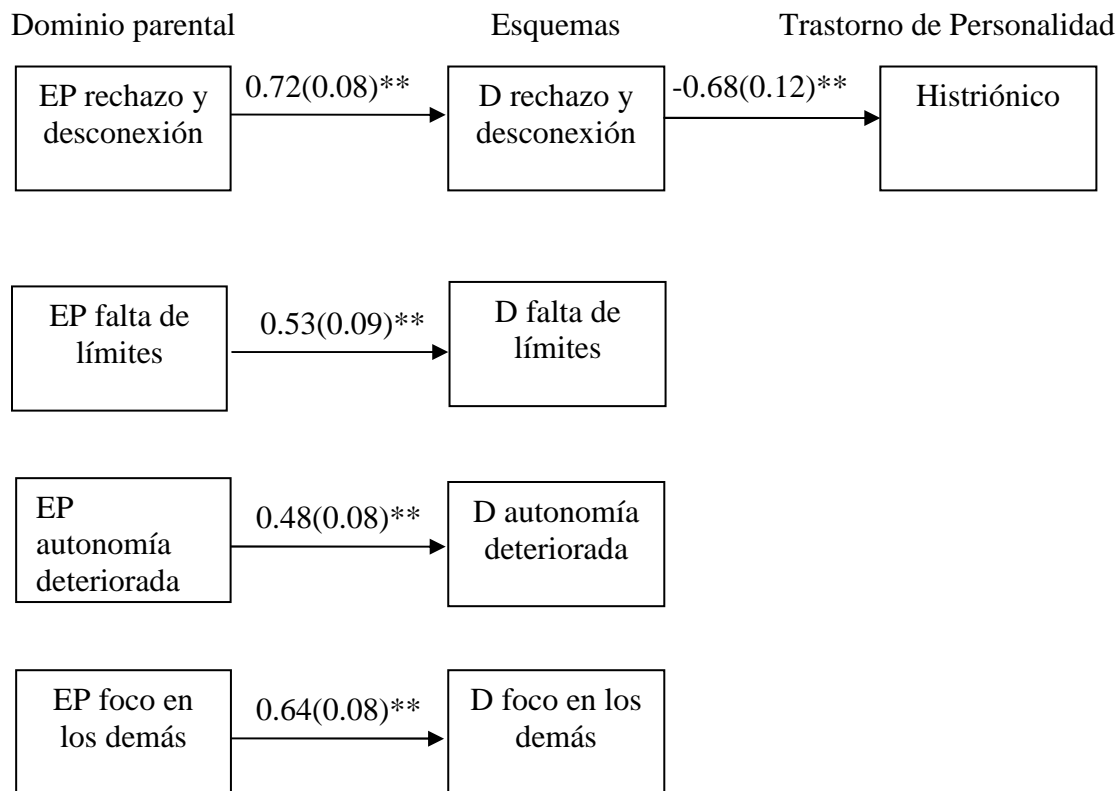
En la Figura 26 se presentan los resultados obtenidos en el path análisis orientado a evaluar si la relación entre estilos parentales y el trastorno de personalidad por dependencia se encontraba mediada por los esquemas tempranos. Los indicadores de ajuste fueron moderados, $\chi^2(7, N = 101) = 15.44, p < .05$ ($P = 0.031$); RMSEA = .11 (0.032; 0.19); SRMR = 0.062, CFI = 1.00. Tal y como se observa únicamente el dominio de esquemas de autonomía deteriorada medió entre el estilo parental de autonomía deteriorada y el trastorno de personalidad por dependencia. El test de Sobel fue significativo para la mediación, $Z = 3.30, p < .001$.

Figura 26. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno de personalidad por dependencia.



El siguiente path análisis estuvo orientado a evaluar si la relación entre estilos parentales y el trastorno histriónico de la personalidad se encontraba mediada por los esquemas disfuncionales tempranos. En la Figura 27 se presentan los resultados obtenidos. Los indicadores de ajuste fueron limitados, $\chi^2(20, N = 101) = 41.68, p < .01$. RMSEA = 0.11 (0.060; 0.15); SRMR = 0.12, CFI = 1.00. Tal y como se observa, únicamente el dominio de esquemas de rechazo y desconexión medió de forma negativa entre el estilo parental de rechazo y desconexión y el trastorno histriónico de la personalidad. El test de Sobel fue significativo para la mediación, $z = -4.80, p < .001$.

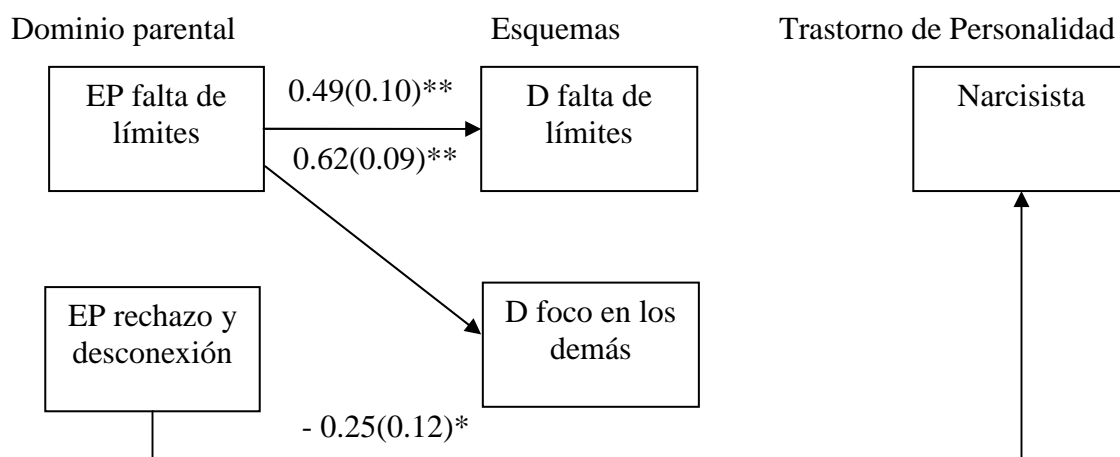
Figura 27. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno histriónico de la personalidad.



A continuación se realizó otro path análisis orientado a evaluar si la relación entre estilos parentales y el trastorno de personalidad narcisista se encontraba mediada por los

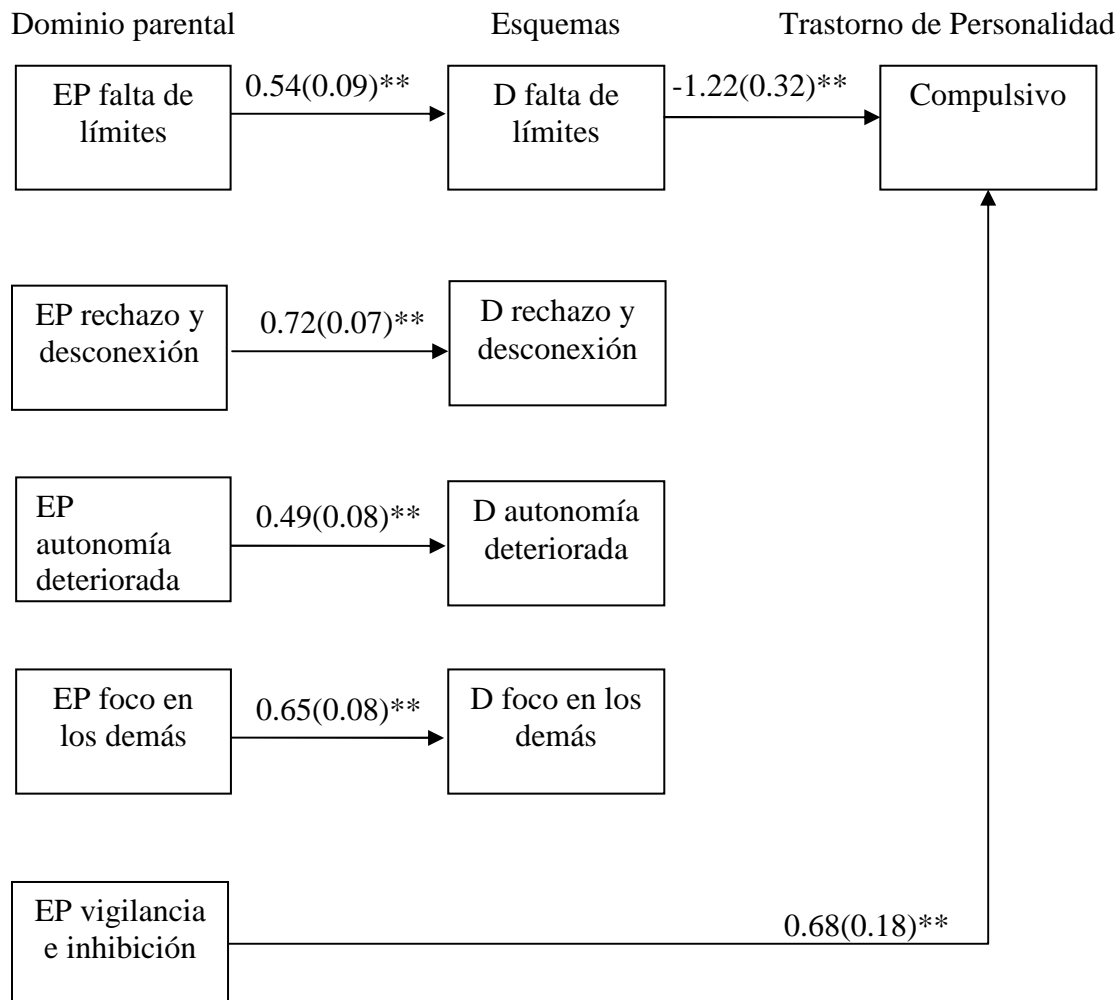
esquemas tempranos En la Figura 28 se presentan los resultados obtenidos. Los indicadores de ajuste fueron excelentes, $\chi^2 (8, N = 101) = 8.49, p = .39$. RMSEA = .025 (0.0; 0.12); SRMR = 0.046, CFI = 1.00. Sin embargo, tal y como se observa en la figura 28, no existió mediación significativa.

Figura 28. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno de personalidad narcisista.



El siguiente path análisis estuvo orientado a evaluar si la relación entre estilos parentales y el trastorno de personalidad compulsivo se encontraba mediada por los esquemas tempranos En la Figura 29 se presentan los resultados obtenidos. Los indicadores de ajuste fueron limitados, $\chi^2 (19, N = 101) = 42.96, p < .01$. RMSEA = 0.12 (0.069; 0.16); SRMR = 0.12, CFI = 1.00. Tal y como se observa únicamente el dominio de esquemas de falta de límites medió de forma negativa entre el estilo parental de falta de límites y el trastorno compulsivo de personalidad. El test de Sobel fue significativo para la mediación, $z = -3.22, p < .05$.

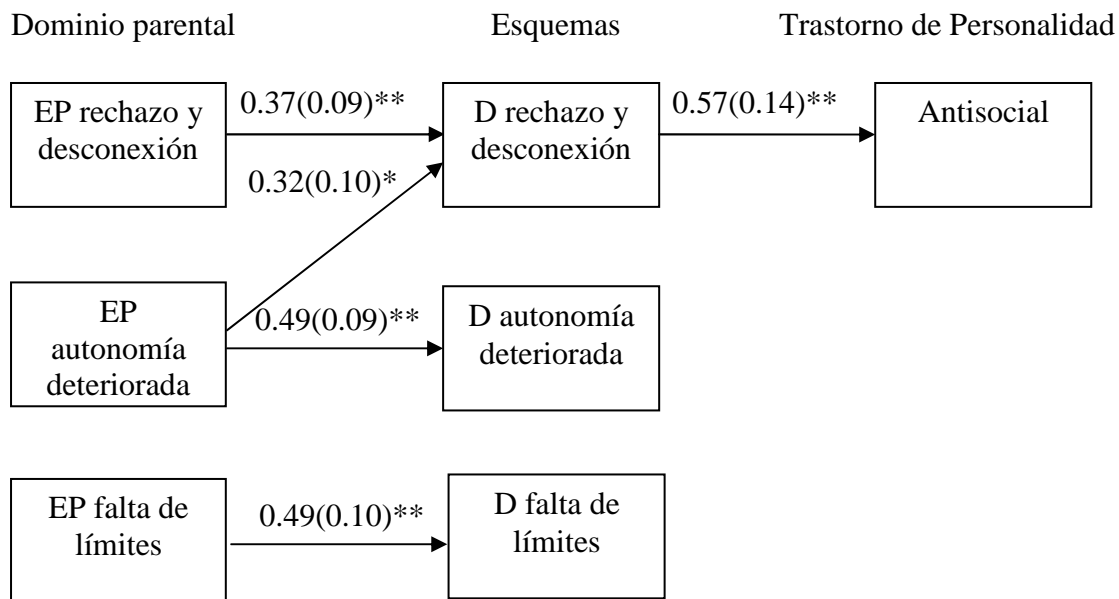
Figura 29. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno de personalidad compulsivo.



El siguiente path análisis estuvo orientado a evaluar si la relación entre estilos parentales y el trastorno de personalidad antisocial se encontraba mediada por los esquemas tempranos. En la Figura 30 se presentan los resultados obtenidos. Los indicadores de ajuste fueron adecuados, $\chi^2 (7, N = 101) = 14.68, p < .05$. RMSEA = 0.11 (0.021; 0.18); SRMR = 0.059, CFI = 0.98. Tal y como se observa únicamente el dominio de esquemas de rechazo y desconexión medió entre los estilos parentales de rechazo y desconexión y autonomía

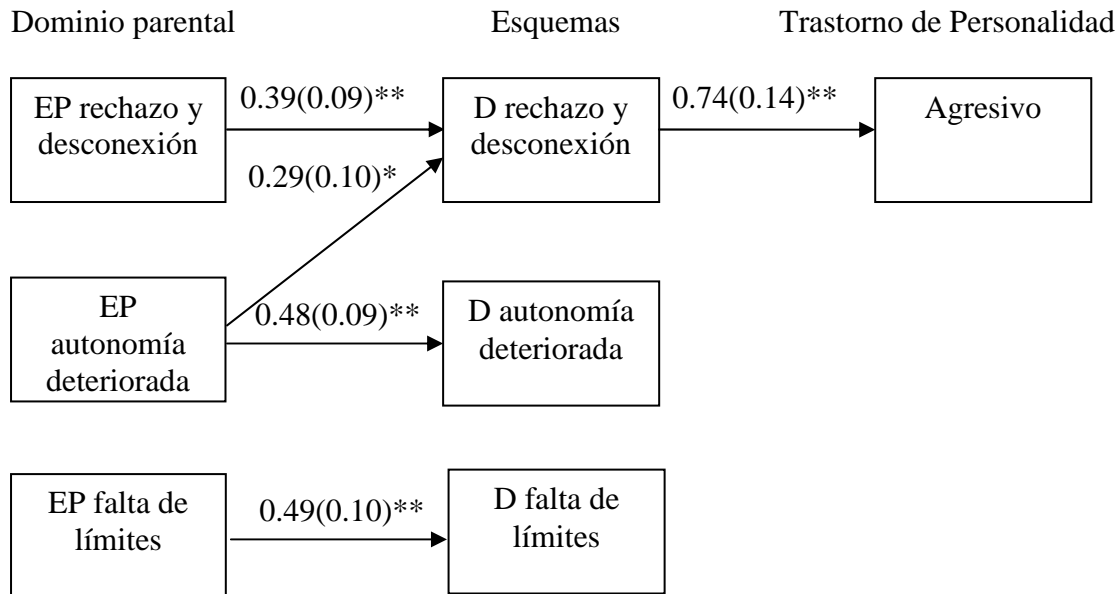
deteriorada y el trastorno antisocial de la personalidad. El test de Sobel fue significativo para la mediación, $z = 2.89, p < .05$.

Figura 30. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno antisocial de personalidad.



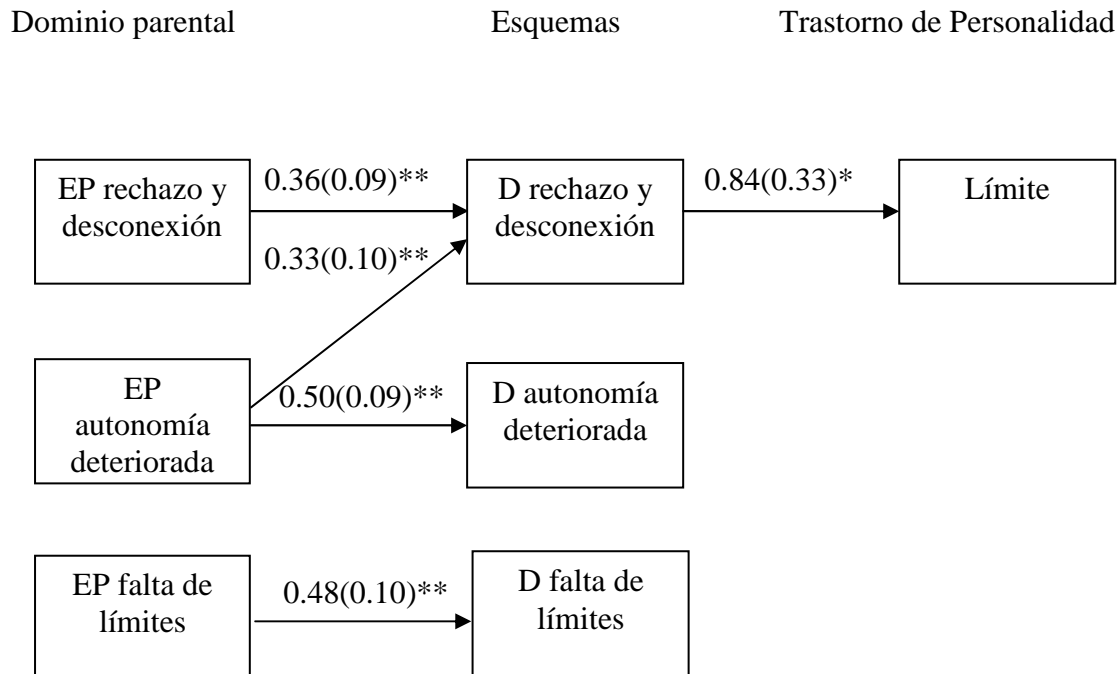
A continuación se presentan los resultados obtenidos en el path análisis orientado a evaluar si la relación entre estilos parentales y el trastorno de personalidad agresivo-sádico se encontraba mediada por los esquemas tempranos. En la Figura 31 se presentan los resultados obtenidos. Los indicadores de ajuste fueron adecuados, $\chi^2 (7, N = 101) = 15.47, p < .05$. RMSEA = 0.11 (0.032; 0.19); SRMR = 0.060, CFI = 0.98. Tal y como se observa y al igual que sucedía con el trastorno antisocial de la personalidad, únicamente el dominio de esquemas de rechazo y desconexión medió entre los estilos parentales de rechazo y desconexión y autonomía deteriorada y el trastorno agresivo de la personalidad. El test de Sobel fue significativo para la mediación, $z = 3.35, p < .001$.

Figura 31. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno agresivo-sádico de personalidad.



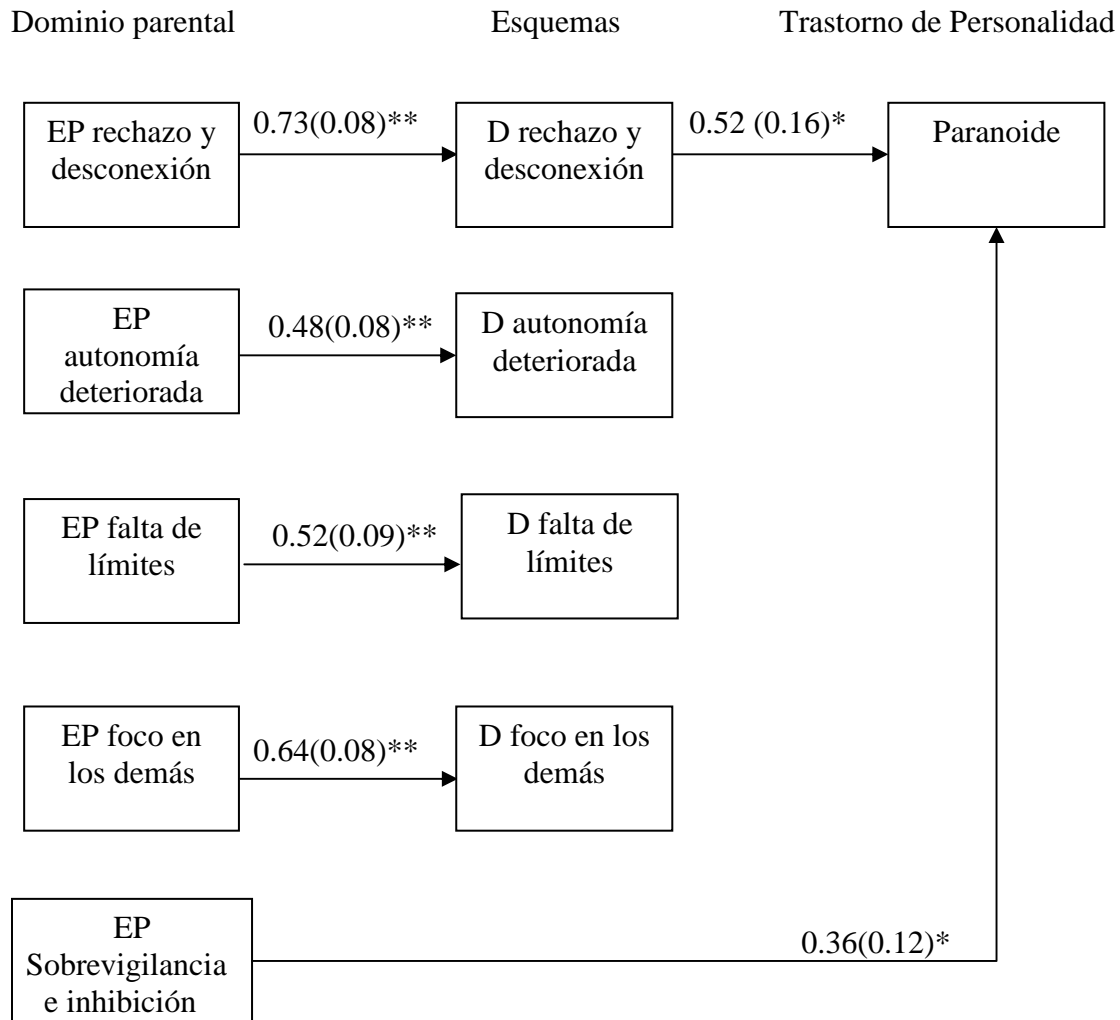
El siguiente path análisis estuvo orientado a evaluar si la relación entre estilos parentales y el trastorno límite de la personalidad se encontraba mediada por los esquemas tempranos. En la Figura 32 se presentan los resultados obtenidos. Los indicadores de ajuste fueron adecuados, $\chi^2(6, N = 101) = 13.07, p < .05$. RMSEA = 0.11 (0.020; 0.19); SRMR = 0.054, CFI = 0.99. Tal y como se observa únicamente el dominio de esquemas de rechazo y desconexión medió entre los estilos parentales de rechazo y desconexión y autonomía deteriorada y el trastorno límite de la personalidad. El test de Sobel fue significativo para la mediación, $z = 3.15, p < .05$.

Figura 32. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno de personalidad límite.



A continuación se presentan los resultados del path análisis orientado a evaluar si la relación entre estilos parentales y el trastorno paranoide de la personalidad se encontraba mediada por los esquemas tempranos. En la Figura 33 se presentan los resultados obtenidos. Los indicadores de ajuste fueron limitados, $\chi^2 (19, N = 101) = 40.20, p < .01$. RMSEA = 0.11 (0.061; 0.16)); SRMR = 0.12, CFI = 1.00. Tal y como se observa únicamente el dominio de esquemas de rechazo y desconexión medió entre el estilo parental de rechazo y desconexión y el trastorno paranoide de la personalidad. El test de Sobel fue significativo para la mediación, $z = 3.06, p < .05$. Además, en este caso se encontró un path directo estadísticamente significativo entre el estilo parental de sobrevigilancia y protección y el trastorno paranoide de la personalidad.

Figura 33. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el trastorno paranoide de la personalidad.

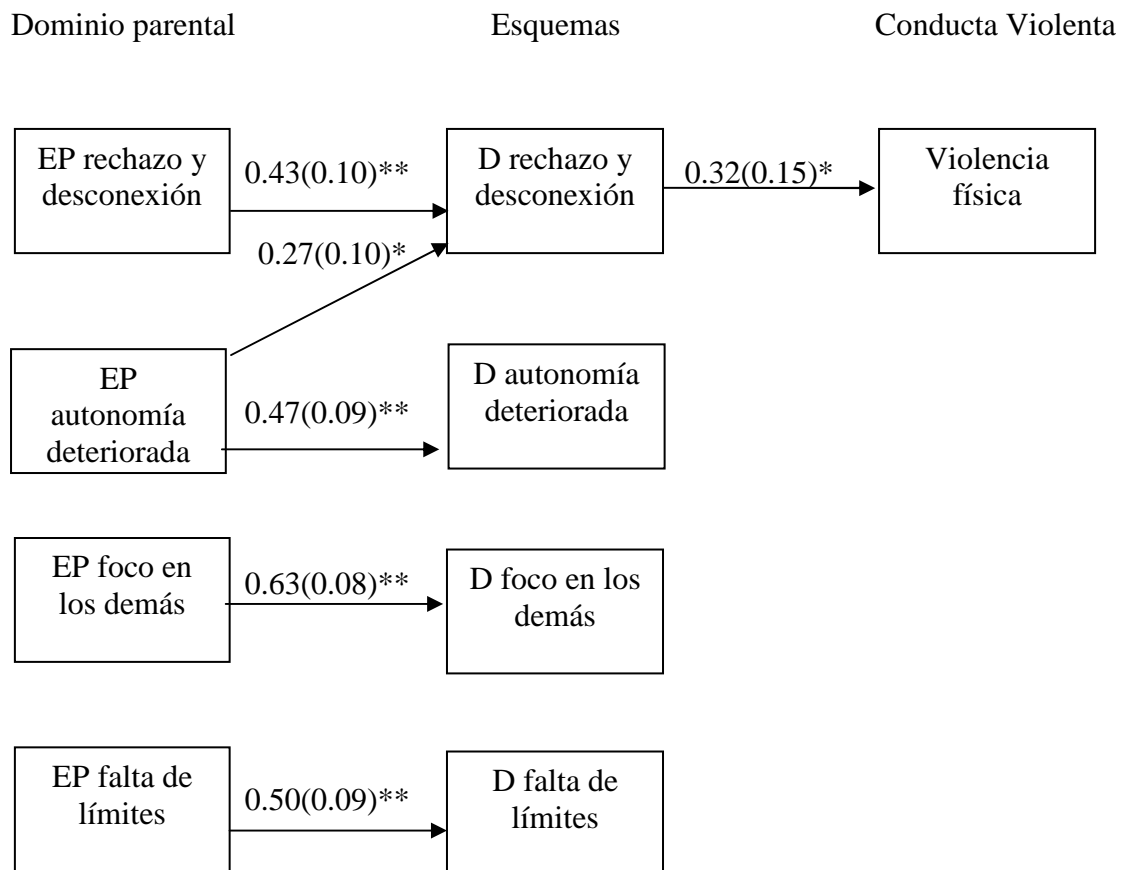


7.12. LOS ESQUEMAS COMO MEDIADORES ENTRE LOS ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES Y LOS TIPOS DE VIOLENCIA EN LA RELACIÓN DE PAREJA

Se realizó un path análisis para evaluar si la relación entre estilos parentales y la violencia física estaba mediada por los esquemas. En la Figura 34 se presentan los resultados obtenidos. Los indicadores de ajuste fueron limitados, $\chi^2 (15, N = 101) = 31.56, p < .01$;

RMSEA = .11 (0.061; 0.17); SRMR = 0.092, CFI = 1.00. Tal y como se observa únicamente el dominio de esquemas de rechazo y desconexión medió entre los estilos parentales de rechazo y desconexión y autonomía deteriorada y violencia física. El test de Sobel fue significativo para la mediación, $z = 1.91$, $p < .05$. Los tests de mediación para la conducta violenta psicológica y sexual no mostraron ninguna mediación significativa y por tanto no se muestran.

Figura 34. Modelo estructural estimado de los dominios de esquemas disfuncionales tempranos como mediadores de la relación entre los dominios de estilos parentales disfuncionales y el tipo de violencia ejercida en la relación.



8. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

8.1. PRESENCIA DE TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN AGRESORES DE PAREJA

El primer objetivo de este estudio fue evaluar en qué medida los hombres que han ejercido la violencia hacia sus parejas presentan rasgos clínicos o trastornos de la personalidad.

El modelo de Millon considera que no sólo las patologías más sintomáticas deben ser estudiadas sino que es importante también tener en consideración los estilos de personalidad con que la población afronta las situaciones cotidianas. De esta forma T. Millon y Davis (1998) describen los patrones de personalidad como características estables que afectan a todas las facetas de la actividad de la persona. Además, tal y como Gondolf (1999) indica en su estudio de agresores de pareja, es importante a nivel clínico tener en consideración los rasgos clínicos de personalidad ya que son indicadores apropiados de las tendencias y estilos de personalidad. Por este motivo, en este estudio se han considerado y describen tanto los trastornos de la personalidad como los rasgos clínicos de personalidad de la muestra de agresores.

Los resultados de los análisis orientados a identificar las frecuencias de los trastornos de personalidad y los rasgos clínicos de personalidad de los agresores de pareja indican que el 28,7% de la muestra mostraba algún trastorno de la personalidad y el 55,4% rasgos clínicos característicos de alguno de los trastornos de personalidad estudiados.

El porcentaje de participantes que presentaba como mínimo un trastorno de personalidad es inferior a otros estudios realizados con muestras de maltratadores. Así, por ejemplo, D. G. Dutton y Starzomski (1993) encontraron que un 78% de su muestra tenía trastornos de personalidad, Hart et al. (1993) encontraron un porcentaje del 80% y

Fernández-Montalvo y Echeburúa (2008) encontraron que de su muestra el 87% tenía como mínimo un trastorno de personalidad.

Estas diferencias pueden deberse a la utilización en nuestro estudio del MCMI-III, del cual se espera un menor sobrediagnóstico de los trastornos de personalidad que en las versiones anteriores (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008; Gondolf, 1999, Loinaz, 2009). Así, nuestros resultados se acercan más a los encontrados en otros estudios con hombres agresores que han utilizado esta versión del inventario, aunque en nuestra muestra continúan siendo muchos menos los hombres que presentan un trastorno de personalidad. Por ejemplo, en el caso de Gondolf (1999), el porcentaje de agresores con un trastorno de personalidad en su muestra de hombres que acudían a un tratamiento psicológico fue del 48%, mientras que en el caso de Loinaz (2009), cuya muestra era de agresores que se encontraban en prisión, fue del 38%.

Sin embargo, si tenemos también en consideración aquellos hombres que presentan unas puntuaciones iguales o superiores a 75 en alguna de las escalas, es decir, aquellos que presentan como mínimo un rasgo clínico, indicando problemas de personalidad (Gondolf, 1999), nuestros resultados, de un 55,4%, se acercan mucho más a los resultados de estudios anteriores. El porcentaje total de hombres agresores de nuestra muestra que presentan como mínimo un rasgo clínico o un trastorno de la personalidad es del 76%, lo cual se acercaría a su vez a los resultados encontrados por Gondolf (1999).

En cuanto a los trastornos de personalidad concretos encontrados en nuestro estudio, el trastorno de personalidad más predominante en nuestra muestra fue el trastorno obsesivo-compulsivo con un 11,5%, seguido de los trastornos histriónico y antisocial de la personalidad con un 6,3% cada uno. Por otra parte, los rasgos clínicos más predominantes en la muestra fueron los característicos del trastorno paranoide de la personalidad con un 17,7% de la muestra, seguidos por los rasgos clínicos del trastorno de personalidad narcisista

(16,7%). Sin embargo, si consideramos ambas puntuaciones (rasgos y trastornos de personalidad), tal y como han hecho otros autores (Gondolf, 1999), los problemas de personalidad más predominantes en nuestra muestra fueron los característicos del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad con un 22,9%, seguido por los característicos del trastorno de personalidad narcisista, con un 21,9% y del trastorno paranoide (18,8%). Estos resultados coinciden con los encontrados por otros autores (Gondolf, 1999; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 2008; Loinaz, 2009). En cuanto a las características de personalidad propias del trastorno paranoide, nuestros resultados son casi idénticos a los encontrados por Loinaz (2009) en una muestra de maltratadores en prisión. En cuanto al resto de características clínicas encontradas nuestros resultados son parecidos a los encontrados en otros estudios que han utilizado el MCMI-III en muestras de maltratadores, tal y como se observa en la tabla 58 que se presenta a continuación.

Tabla 58. Rasgos clínicos y trastornos de la personalidad.

	MCMI-III ≥ 75		
	Presente estudio	Gondolf (1999) (Estados Unidos)	Loinaz (2009) (España)
Dependiente	5,2%	16%	0%
Histriónico	13,5%	5%	18%
Narcisista	21,9%	25%	22%
Antisocial	12,5%	19%	8%
Agresivo-Sádico	3,1%	9%	2%
Compulsivo	22,9%	10%	34%
Límite	10,4%	7%	
Paranoide	18,8%	10%	17%

8.2. ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS (EDTS)

El siguiente objetivo de este estudio fue evaluar con qué frecuencia los maltratadores que han sido condenados por un delito de violencia contra la mujer presentan EDTs clínicamente significativos y cuáles de ellos son los más predominantes, así como evaluar en qué medida estos hombres tienen un perfil disfuncional a nivel de EDTs en comparación con personas de un grupo de contraste.

Los resultados muestran que los maltratadores presentan porcentajes de EDTs clínicos que oscilan entre un 21,8% a un 54,5%, siendo el esquema clínico de abandono el de mayor presencia, seguido por los esquemas clínicos de autocontrol insuficiente, subyugación, grandiosidad y abuso. El esquema clínico de imperfección es el de menor frecuencia, aunque aparece de forma clínica en un 21,8% de la muestra.

Asimismo, el grupo de agresores muestra diferencias significativas en la gran mayoría de EDTs clínicos en comparación con el grupo de contraste, a excepción de los esquemas de grandiosidad y autocontrol insuficiente. Esto indicaría que los hombres maltratadores tendrían de forma frecuente la expectativa de que las personas podrían, incluso de manera intencional, herirles, abusar de ellos, humillarles, mentirles y aprovecharse de ellos (EDT abuso), así como que no serán capaces de facilitarles el apoyo que uno necesita y terminarán por abandonarlo (EDT abandono), teniendo también frecuentemente la expectativa de que sus necesidades emocionales básicas no van a ser satisfechas (EDT privación emocional) y considerándose, en muchos casos, defectuosos, imperfectos, no queridos, no válidos, o que no son dignos del afecto o amor por parte de los demás, lo que podría además implicar una hipersensibilidad a la crítica y al rechazo (EDT imperfección). Por otro lado, el esquema de fracaso implica la creencia de que uno ha fracasado o fallado, o que fracasará en el futuro, considerándose una persona inadecuada en comparación con los demás. Y el esquema de

dependencia indicaría que los agresores con este esquema clínico tendrían la creencia de que uno no es capaz de manejar las responsabilidades diarias y cotidianas de forma adecuada y competente sin la ayuda de otras personas, presentándose con frecuencia una sensación de impotencia. Asimismo, el esquema de apego indicaría un excesivo vínculo, cercanía o implicación emocional con las personas significativas, impidiendo el desarrollo de una identidad individual normal o la individualización. Y por último, el esquema de Subyugación implicaría la renuncia de los derechos que uno considera como propios para evitar el enfado, represalias o el abandono.

Estos resultados son consistentes con otros estudios de hombres agresores en los que se han evaluado aspectos como el apego, la dependencia emocional, los celos o los conflictos maritales relacionados con el abandono y el rechazo. Por ejemplo, Murphy et al. (1994) y Buttell, Muldoon y Carney (2005) encontraron que los maltratadores tenían mayores puntuaciones que los no maltratadores en medidas de dependencia interpersonal. Asimismo, Babcock, Jacobson, Gottman y Yerington (2000) encontraron en su estudio que los hombres violentos tenían en mayor medida un apego inseguro y que aquellos con un apego preocupado utilizaban la violencia por el miedo a ser abandonados, lo que es consistente con el esquema de abandono. Por otro lado, D. G. Dutton (1988), Holtzworth-Munroe y Anglin (1991) y Holtzworth-Munroe y Hutchinson (1993) encontraron que los hombres violentos en las relaciones de pareja tendían a responder de manera más agresiva ante conflictos maritales relacionados con el abandono, el rechazo y los celos debido a su tendencia a atribuir intenciones negativas a sus parejas. Esto es consistente con la alta frecuencia de esquemas clínicos del dominio de desconexión y rechazo (EDTs abuso, abandono, privación emocional e imperfección), que implicarían la expectativa de que las necesidades personales relativas a la seguridad, la estabilidad afectiva, la empatía, la aceptación y el respeto no serán satisfechas, e incluso no lo serán de forma intencional. Por ejemplo, en el caso de un maltratador con el

esquema de abuso y por lo tanto con la creencia de que su pareja podría humillarle, herirle y mentirle, este esquema cognitivo influiría en los procesos cognitivos dando lugar a atribuciones intencionales negativas en situaciones de conflicto.

En relación a los celos, tal y como Echeburúa y Fernández-Montalvo (2001) indican, las personas celosas se caracterizan por la inseguridad en uno mismo y la dependencia emocional, la desconfianza hacia los demás, la baja autoestima, la introversión y carencia de recursos sociales, lo que encajaría con aquellos hombres que tuviesen esquemas clínicamente significativos en el dominio de desconexión y rechazo junto a los esquemas de apego y dependencia.

Sorprende que los resultados no arrojen diferencias significativas en los esquemas de grandiosidad y autocontrol insuficiente, cuando de hecho el porcentaje de maltratadores con puntuaciones clínicas en estos esquemas fue muy alto. Estos esquemas son importantes porque coinciden con las características de algunos de los tipos de maltratadores que se han descrito en este trabajo. En concreto, en uno de los subtipos de agresores expuesto por diversos autores el bajo autocontrol es considerado como un factor importante en el desarrollo de conductas violentas contra la pareja (p. ej., D. G. Dutton, 1988; Gottman et al., 1995; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Tweed y Dutton, 1998). El porcentaje de agresores de nuestra muestra con unas puntuaciones clínicamente significativas en el esquema de autocontrol insuficiente es del 48,5%, lo que indicaría que casi la mitad de ellos se percibe a sí mismo como carente de un autocontrol o de la necesaria tolerancia a la frustración para lograr los objetivos personales, así como con dificultades para controlar la excesiva expresión de las emociones o los impulsos propios. Por otra parte y con respecto al esquema de grandiosidad, también cabe destacar que el porcentaje de maltratadores de esta muestra con puntuaciones clínicamente significativas es del 41,6%.

Ambos esquemas se encuentran dentro del dominio de límites deteriorados, el cual implica dificultades en el establecimiento de los límites internos y en la asunción de responsabilidades con respecto a los demás. Este dominio se asocia a problemas como la conducta violenta (Young y Klosko, 2001). Asimismo, la hostilidad y la ira han sido asociadas a estos dos esquemas y al esquema de abuso (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Tremblay y Dozois, 2009). Más específicamente, el esquema de grandiosidad ha sido asociado a la conducta violenta proactiva o instrumental, mientras que el esquema de abuso se ha asociado a la conducta violenta reactiva (Calvete y Orúe, 2010).

Una posible explicación de esta diferencia no significativa entre los dos grupos podría encontrarse en las distorsiones cognitivas de los hombres maltratadores. Estos podrían estar realizando procesos sesgados en relación a la percepción que ellos tienen sobre su propia capacidad de control. Asimismo, otra explicación podría encontrarse en los diferentes subtipos de agresores, podría ocurrir que en nuestra muestra tuviésemos un menor porcentaje de agresores considerados instrumentales. No obstante, este aspecto será tratado más adelante en el apartado de esquemas cognitivos disfuncionales y su relación con los trastornos de personalidad.

8.3. LOS ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES RECORDADOS EN LOS AGRESORES DE PAREJA

Un tercer objetivo del estudio consistió en evaluar algunos antecedentes familiares de los agresores. Como se ha descrito en la introducción de este trabajo, muchos estudios sugieren la existencia de factores de riesgo en la crianza que podrían aumentar las probabilidades de que las personas se vean implicadas en actos violentos en el futuro (p. ej., Downs et al., 1996; D. G. Dutton, 2007; D. G. Dutton y Hart, 1992; Holtzworth-Munroe et al., 1997, Hotaling y Sugarman, 1986; Kalmuss 1984; Widom, 1989).

En este sentido, tanto el ser víctima de la violencia en la infancia (p. ej., (Ehrensaft et al., 2003; Hotaling y Sugarman, 1986; Magdol et al., 1998; Marshall y Rose, 1988, 1990; Rosenbaum y Leisring, 2003; Stith et al., 2000) como el ser testigo de la misma (p. ej., (Domas, Margolin y John, 1994; Rosenbaum y Leisring, 2003; Stith et al., 2000) se han considerado como factores de riesgo para el ejercicio de la violencia íntima. Asimismo, parece que el haber tenido un estilo parental caracterizado tanto por el excesivo autoritarismo como la excesiva permisividad también se asocian al riesgo del desarrollo de conductas violentas (Kwong et al., 2003; Mestre et al., 2010; Raya et al., 2009; Roa y Del Barrio, 2002; Sanmartín et al., 2010; Tur et al., 2004a, 2004b). Carrasco y González (2006) en una revisión sobre las teorías sobre la agresión, describen como existen diferentes teorías que relacionan la conducta agresiva en la infancia con los estilos de crianza parentales, mencionando factores como el rechazo, la falta de apoyo y de afecto, la falta de supervisión, el uso del castigo para el control del comportamiento infantil y una inconsistente disciplina.

A continuación se presenta la discusión de resultados de los diferentes análisis realizados relativos a los estilos de crianza parentales:

8.3.1. Estilos de crianza parentales disfuncionales en agresores de pareja

Tomando como criterio las puntuaciones elevadas en los ítems del cuestionario YPI, los resultados indican que los hombres maltratadores tienen un porcentaje de estilos de crianza disfuncionales que oscilan entre el 6,5% para el estilo materno de abuso y el 81,6% para el estilo parental conjunto de inhibición emocional. Los resultados sugieren que los hombres agresores han crecido con frecuencia en ambientes familiares donde no se ha producido una adecuada expresión de emociones por parte de las figuras parentales, las cuales, han puesto un excesivo énfasis en la racionalidad en detrimento de la expresión emocional (EP inhibición emocional: “Se sentía a disgusto a la hora de expresar cariño o vulnerabilidad”, “Era reservado/a, raramente hablaba sobre sus sentimientos”). Asimismo,

parece frecuente que durante su desarrollo han tenido que renunciar a gratificaciones propias de la edad asumiendo roles no adecuados a la misma dentro del seno familiar (EP autosacrificio: “Era incapaz de asumir muchas responsabilidades, por lo que yo tuve que hacer más de lo que me correspondía”, “Fue muy infeliz y se apoyó en mí para que la entendiese y apoyase”) y haya existido con frecuencia una limitación a sus posibilidades de desarrollo individual, social y de autonomía, debido a la excesiva participación y cercanía parental en su vida (EP apego: “Sentí que no tenía suficiente individualidad o sentido de mi mismo separado/a de él/ella”, “Sentí que nos haríamos daño si alguno de los dos se alejaba del otro”). Además, también es frecuente el que haya existido un especial hincapié en la búsqueda de la perfección, con un estilo de crianza caracterizado por unas altas expectativas para sí mismos y para sus propios padres (EP estándares inflexibles: “Esperaba de mí que hiciera todo lo mejor todo el tiempo”, “Era un perfeccionista en muchas áreas; las cosas tenían que ser “justamente así”), con especial crítica de los defectos y los fracasos (EP Punitividad: “Se enfadaba o me criticaba duramente si hacía algo mal”, “Me llamaba cosas, como “estúpido” o “idiota”, si cometía errores”). También es frecuente que hayan tenido un estilo parental de tipo ansioso y miedoso, que implicaba una visión sobre la vida basada en los aspectos negativos de la misma (EP negatividad: “Me hizo sentir que si cometía un pequeño error, algo malo podría ocurrir.”, “Era pesimista. Habitualmente esperaba que ocurriese lo peor.”).

Además, los maltratadores han tenido con frecuencia unos estilos de crianza parentales recordados en los que parece verse afectada la seguridad básica, implicando un abandono físico y/o afectivo (Abandono: “Murió o dejó la casa permanentemente cuando yo era un niño”, “me retiró de su lado o me dejó solo por largos periodos de tiempo”). Además, muchos de ellos tienen el recuerdo de que en su familia no se les ha respetado o les han hecho sentir culpables por acontecimientos que han sucedido dentro del seno familiar

(Imperfección: “me criticó mucho”, “Me hizo sentir avergonzado de mi mismo/a en aspectos importantes”). Por otra parte, parece frecuente el recuerdo de que en su infancia tuvieron que renunciar a sus propios derechos debido a la coacción parental (subyugación: “Hizo lo que él/ella quería, sin tener en cuenta mis necesidades”, “Controló mi vida y tuve poca libertad para elegir”), así como el recuerdo de haber tenido que suprimir aspectos importantes de sí mismos durante su desarrollo con el fin de obtener la atención, el afecto y la aprobación de sus progenitores (búsqueda de aprobación: “Sentía que me quería más o me prestaba más atención cuando yo sobresalía”, “Estaba interesado/a en cómo mi comportamiento podría desacreditarlo/a a los ojos de demás”).

Por otra parte, también son frecuentes los problemas relacionados con el establecimiento de la disciplina dentro del grupo de hombres agresores, ya fuese por defecto (permisividad) o por exceso (rigidez) (autocontrol insuficiente: “me estableció pocas reglas y responsabilidades”, “Me permitió perder el control o enfadarme mucho”), así como un trato especial en el que se consideraba aceptable el que no asumiesen la responsabilidades de sus propios comportamientos (grandiosidad: “Me hizo sentir que yo era especial, mejor que la mayoría de la gente”, “No me enseñó que yo tenía responsabilidades para con otras personas”). A pesar de esta diversidad de dificultades recordadas respecto a la crianza, tal y como veremos en otros apartados, no todos los estilos parentales disfuncionales experimentados juegan el mismo rol en su predicción de posibles trastornos de personalidad y de conducta violenta.

8.3.2. Diferencias en los estilos de crianza parentales entre el grupo de agresores y el grupo de contraste

Para algunos estilos parentales fue posible comparar las puntuaciones obtenidas en la muestra con las de un grupo de contraste perteneciente a un estudio anterior (Estévez y Calvete, 2007). Se encontraron diferencias significativas en los estilos de crianza parentales

de abandono, imperfección, subyugación, estándares inflexibles, autocontrol insuficiente, inhibición emocional y búsqueda de aprobación. Al considerar los estilos parentales tanto del padre como de la madre juntos se concluye que las diferencias existen para todos los estilos parentales comparados.

Por otra parte, al analizar por separado los estilos maternos y paternos de los maltratadores y el grupo de contraste, los resultados nos sugieren que en el caso de los estilos parentales de la madre, los agresores de pareja han tenido unos estilos maternos caracterizados por temas de abandono, imperfección, inhibición emocional y búsqueda de aprobación. Mientras que en el caso de los estilos paternos, los maltratadores tenían, en comparación con el grupo de contraste, mayores puntuaciones en todos los estilos a excepción del estilo parental de subyugación.

Estos resultados indican que los estilos de crianza de los hombres agresores son más disfuncionales que en el grupo de contraste, lo cual, es coherente con la idea de que la dinámica y funcionamiento familiar puede ejercer una influencia en relación a la vulnerabilidad relativa a trastornos específicos, como por ejemplo a los patrones de agresividad y violencia, baja tolerancia a la frustración, impulsividad o dificultades de vinculación afectiva en los niños y adolescentes (véanse las revisiones de Casera, Fullana y Torrubia, 2002; Castro, 2005).

Asimismo, estos resultados son congruentes con la teoría de esquemas de Young (Young et al., 2003), en la que se sugiere que existen ciertas necesidades básicas durante el desarrollo que de no ser satisfechas pueden dar lugar a EDTs, que se traducirían en patrones de pensamiento disfuncionales y comportamientos no adaptativos, como sería el caso de la conducta violenta dentro de la relación íntima.

Es importante señalar que los estilos de crianza parentales disfuncionales y su influencia en el desarrollo de esquemas y ulteriores problemas emocionales y conductuales

guardan mucho paralelismo con el de los estilos de apego problemáticos propuestos por Bowlby (1979), que aunque no han sido evaluados en este estudio, se han identificado en muestras de maltratadores (p. ej., Babcock et al., 2000; Buttell et al., 2005; Davis et al., 2000; D. G. Dutton et al., 1994; D. G. Dutton, 1995a; D. G. Dutton, 1999; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994; Holtzworth-Munroe et al., 2000; Marvian, 1998; Rathus, 1995; Tweed y Dutton, 1998).

8.4. ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS Y ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES RECORDADOS EN LOS AGRESORES DE PAREJA

El siguiente objetivo de este estudio fue evaluar las relaciones existentes entre los EDTs y los estilos de crianza parentales en los hombres agresores.

Tal y como se ha descrito en el marco teórico de este estudio, según el modelo de la terapia de esquemas de Young (Young et al., 2003), la existencia de determinados estilos de crianza parentales pueden dar lugar a EDTs concretos. De esta forma, la existencia de EDTs pertenecientes a uno de los cinco dominios propuestos se asociará a la existencia de estilos de crianza parentales del mismo dominio.

Los resultados de este estudio son coherentes con la teoría de la terapia de esquemas en cuanto a la relación entre los dominios de esquemas y los dominios de estilos parentales, a excepción del dominio parental de foco en los demás, el cual no se asoció a ningún dominio de esquemas. El posible motivo de que no existiese asociación podría encontrarse en que en nuestro estudio únicamente se midió un esquema de los tres pertenecientes al dominio de foco en los demás (subyugación), dado que los otros esquemas del dominio no eran teóricamente relevantes para la conducta de los maltratadores.

En relación a las asociaciones de los estilos parentales y los esquemas disfuncionales en maltratadores, los resultados indican que aquellos agresores que presentaban EDTs de apego, fracaso y dependencia (dominio de autonomía deteriorada) tuvieron estilos parentales

caracterizados por un ambiente sobreprotector, donde no se facilitó ni potenció su autonomía e independencia.

Aquellos agresores que se criaron en entornos carentes de las necesidades básicas de afecto o en entornos impredecibles y abusivos (dominio de rechazo y desconexión) presentaban los EDTs de privación emocional (“la mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me cuide, ni que comparta y se preocupe realmente por lo que me ocurre”), abuso/desconfianza (“Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente”), imperfección (“Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese realmente”) y grandiosidad (“Odio que me limiten o que no me dejen hacer lo que quiera”). En este sentido, destaca que el esquema de grandiosidad se asocia al dominio parental de rechazo y desconexión en vez de al dominio de límites deteriorados, dado que según el modelo de Young este esquema está vinculado a estilos parentales caracterizados por la permisibilidad y la falta de límites (Young et al., 2003). No obstante, es necesario destacar que desde el modelo de la terapia de esquemas se diferencia entre varios tipos de EDT de grandiosidad. Por una parte está la “grandiosidad frágil”, entendida como aquella que aparece como una forma de sobrecompensar los sentimientos subyacentes de imperfección y privación emocional y que se relaciona con el trastorno de personalidad narcisista (Young et al., 2003) y por otra, está la “grandiosidad pura”, que es aquella que proviene de una falta de límites y dificultades en la asunción de responsabilidades con respecto a los demás y a la propia conducta. La “grandiosidad frágil” se asociaría por lo tanto a los estilos parentales del dominio de desconexión y rechazo, lo cual es congruente con los resultados de este estudio. Asimismo, los resultados son también coherentes con los encontrados en otro estudio sobre la violencia filioparental (Calvete, Orúe y Sampedro, 2010 en prensa), en el que se encontró que aquellos adolescentes que eran agresivos con sus padres se caracterizaban por creencias de grandiosidad a la vez que por una mayor exposición a la

violencia en todos los ámbitos, entre ellos, el ámbito familiar. Recordemos que la experiencia de violencia en la infancia, ya sea de forma directa, como indirecta, se encontraría dentro del dominio de crianza parental caracterizado por la imprevisibilidad y el abuso (EP desconexión y rechazo).

Por otro lado, aquellos agresores que presentaban EDTs de abandono (“Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí, me desespero”), subyugación (“Tengo muchas dificultades para exigir que se respeten mis derechos y que se tengan en cuenta mis sentimientos”) y autocontrol insuficiente (“Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas por conseguir un objetivo a largo plazo”) tuvieron unos estilos parentales caracterizados por la excesiva permisividad e indulgencia, sin normas, dirección o confrontación. Desde la teoría de esquemas el EDT de autocontrol insuficiente está vinculado a estilos parentales caracterizados por la permisibilidad y la falta de límites (Young et al., 2003). Así, otros autores han puesto de manifiesto la importancia de una educación en la que se incluyan normas y límites en educación de los hijos con el objetivo de evitar que los niños desarrollen problemas de conducta que se relacionan con la falta de control y agresividad (p. ej., Mestre et al., 2010; Raya et al., 2009; Roa y Del Barrio, 2002; Sanmartín et al., 2010). Por otra parte, destaca que el EDT de abandono se asocie a un estilo de crianza permisivo e indulgente, si bien, esto podría explicarse desde la existencia de un entorno familiar en el que haya existido una ausencia de límites debido a la negligencia. Así, el estilo parental negligente se caracterizaría, entre otros aspectos, por la ausencia de demandas y de responsividad hacia la conducta de los hijos, una falta de estructuración, control y apoyo y una tendencia a derivar sus responsabilidades parentales hacia otras figuras (Baumrind, 1991). Así, una figura parental ausente en cuanto a estas funciones, es decir, pasiva e indolente (Bertino et al., en prensa), podría dar lugar al desarrollo de EDT de abandono, no tanto por la ausencia real de la figura parental, por fallecimiento o ausencia, sino por la

percepción durante el desarrollo de no disponer de esa figura parental debido a un incumplimiento de funciones.

8.5. ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS Y DIFERENCIA EN ESTILOS DE CRIANZA MATERNOS Y PATERNOS EN LOS AGRESORES DE PAREJA

Otro de los objetivos de este estudio fue evaluar las diferencias entre los estilos de crianza maternos y los estilos de crianza paternos en agresores de pareja, así como las relaciones existentes entre los EDTs y estos estilos parentales diferenciados.

Dentro del grupo de agresores se compararon los estilos de crianza maternos y paternos para poder identificar las diferencias entre ambos. Los resultados indican que existen diferencias significativas en varios de los estilos parentales. Así, los hombres agresores tienen una figura paterna cuyo estilo de crianza se caracteriza por la privación emocional, el abandono y la hipercrítica, mientras que la figura materna se caracteriza por un estilo de crianza de excesiva cercanía (apego) y de sobreprotección (vulnerabilidad al daño).

En cuanto a la relación diferencial de los EDTs con los estilos paternos y maternos se observan algunos patrones interesantes. Destaca que un estilo materno caracterizado por la búsqueda de la perfección y la hipercrítica, en el que existen unas altas expectativas para sí misma y para su hijo y la esperanza de que fuese el mejor y que otra opción sería un fracaso, se relaciona negativamente con el EDT de privación emocional, el cual se basa en la creencia de que las necesidades emocionales de uno mismo no serán satisfechas de forma adecuada por las otras personas. En este sentido, parece que unas altas exigencias maternas pueden entenderse como un signo de interés de la madre y una presencia de cariño y afecto materno. Asimismo, un estilo de crianza paterno de estas características se relaciona negativamente con el EDT de autocontrol insuficiente, lo que indicaría que una figura paterna de estas características puede conllevar un aprendizaje en tolerancia a la frustración para lograr los

objetivos personales así como a aprender a controlar la excesiva expresión de las emociones o de los impulsos propios.

Por otra parte, aquellos agresores que tuvieron un estilo de crianza materno caracterizado por la aceptación condicional, donde las necesidades del niño son relegadas a las necesidades o deseos de los demás, presentan EDTs de privación emocional y abandono. Sin embargo, aquellos agresores cuyos estilos paternos tenían estas características presentaban el EDT de subyugación, el cual implica la renuncia a los propios derechos para evitar el enfado, represalias o el abandono. Esta última relación podría explicarse desde la imitación de la figura paterna.

Además, aquellos agresores que tuvieron un estilo de crianza paterno caracterizado por la excesiva permisividad e indulgencia, sin normas, dirección o confrontación, presentan EDTs de imperfección, apego y abandono. Aunque los EDTs de imperfección y abandono se asocian al dominio parental de desconexión y rechazo, la relación de estos esquemas con un estilo paterno permisivo e indulgente podría explicarse desde la ausencia de límites debido a la negligencia que previamente se ha mencionado. Así, una figura paterna negligente podría dar lugar al desarrollo de EDTs del dominio de desconexión y rechazo, como son el EDT de imperfección y de abandono.

Lamentablemente, dada la relativa ausencia de estudios previos que evalúen estos patrones diferenciales para la crianza ejercida por madres y padres, no es posible establecer paralelismos con otros estudios y la investigación futura con otras muestras deberá recopilar información adicional.

8.6. ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS Y TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN AGRESORES DE PAREJA

El siguiente objetivo de este estudio fue evaluar las relaciones existentes entre los rasgos clínicos y trastornos de personalidad y los EDTs en los hombres agresores.

Tal y como se ha expuesto en el marco teórico de este estudio, los esquemas constituyen en sí mismos los elementos básicos de la personalidad del individuo (A. T. Beck et al., 2005). De tal forma que se entiende que la esencia de los trastornos de personalidad se encuentra en los esquemas disfuncionales que los caracterizan y perpetúan (A. T. Beck et al., 2005; Pretzer y Beck, 1996). Así, se propone que los rasgos de personalidad disfuncionales y los trastornos de personalidad pueden explicarse desde los esquemas disfuncionales tempranos (Young, 1999; Young et al., 2003). Debido a esto, un objetivo central en este estudio fue evaluar la relación entre los rasgos clínicos y trastornos de personalidad y los EDTs.

8.6.1. El trastorno de la personalidad por dependencia

Los resultados indican que el trastorno dependiente de personalidad se asocia a los dominios de esquemas de foco en los demás y límites deteriorados. Esto implica que los agresores con rasgos clínicos o trastorno de personalidad dependiente muestran un excesivo énfasis en satisfacer los deseos y sentimientos de los demás a expensas de las propias necesidades, en búsqueda de la aprobación y el afecto o la evitación de castigos. Esto es congruente con las conductas de sumisión por el miedo a la separación que se describen en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). Asimismo, muestran dificultades en el establecimiento de límites internos, en la asunción de responsabilidades así como en el planteamiento de objetivos a largo plazo. Esto podría explicarse debido a que las personas con un trastorno de personalidad de estas características presentan dificultades para tomar decisiones en la vida cotidiana y buscan constantemente el consejo de los demás y esperan que sean los demás quienes asuman las responsabilidades en las áreas importantes de su vida.

Además, en cuanto a EDTs concretos, es frecuente que los agresores con este trastorno o rasgos de personalidad presenten EDTs de imperfección, fracaso y dependencia. Así, estos hombres tendrían la creencia de ser defectuosos, imperfectos, no queridos o no

válidos en aspectos importantes de la vida (imperfección). Además, tienden a creer que han fracasado, fallado, o que fracasarán en el futuro, con una consideración de sí mismos como inadecuados en comparación con los demás (fracaso). También se ven poco capaces de manejar las responsabilidades diarias y cotidianas de forma adecuada y competente sin las ayuda de otras personas (dependencia). Con frecuencia puede presentarse una sensación de impotencia ante estas creencias de necesidad de los demás. Estos resultados son congruentes con la idea de que las personas con este trastorno de personalidad se ven a sí mismos como débiles, frágiles, inadecuados o incompetentes (A. T. Beck et al., 2005; T. Millon, 2001).

Asimismo, estos resultados son congruentes con otros estudios realizados. Nordahl et al. (2005) encontraron que el trastorno dependiente de personalidad se asociaba al dominio de desconexión y rechazo. Por su parte, Schmidt (1994) encontró que este trastorno se asociaba principalmente al EDT de dependencia.

8.6.2. El trastorno histriónico de la personalidad

Los resultados indican que los rasgos clínicos y el trastorno histriónico de personalidad se asocian negativamente al dominio de desconexión y rechazo, lo que implicaría que las personas con este trastorno de personalidad presentan la creencia de que sus necesidades personales relativas a la seguridad, la estabilidad afectiva, la empatía, la aceptación y el respeto serán muy satisfechas. Esto puede estar relacionado con su tendencia a pensar que sus relaciones son más profundas e íntimas de lo que son en realidad (American Psychiatric Association, 2002), así como a su percepción de ser merecedoras de atención y considerarse encantadoras (A. T. Beck et al., 2005).

En cuanto a los EDTs concretos relacionados con este trastorno de personalidad, las relaciones fueron negativas para la casi totalidad de ellos (abandono, abuso, imperfección, dependencia, fracaso, apego, subyugación y autocontrol insuficiente). Esto puede asimismo explicarse desde su percepción de ser personas encantadoras así como su percepción de que

pueden conseguir sus objetivos mediante la demanda de ellos. Este trastorno de personalidad se ha asociado en otros estudios principalmente con el EDT de búsqueda de aprobación (Bernstein, 2002) y de forma negativa con el EDT de inhibición emocional y aislamiento social (Reeves y Taylor, 2007). Sin embargo, en esta investigación no se ha podido evaluar esta relación debido a que estos esquemas no se han incluido en el estudio. Por otra parte, el esquema de abuso ha sido también encontrado asociado a este trastorno de forma negativa en un reciente estudio (S. N. Carr y Francis, 2010). Otros EDTs han sido asociados en diferentes estudios a este trastorno de personalidad. Esta gran cantidad de EDTs asociados a este trastorno podría explicarse por la gran expresión emocional cambiante y la teatralidad que dependen de la situación que viva en ese momento la persona con ese trastorno, dado que no podemos olvidar que las personas con rasgos clínicos o con un trastorno de personalidad de estas características tienden a hablar de forma subjetiva y sin matices y son muy influenciadas. Por este motivo, un estudio más exhaustivo, e incluyendo los modos y los estilos de afrontamiento propuestos por Young et al. (2003), ayudaría a una mayor comprensión y entendimiento de este trastorno de personalidad.

8.6.3. El trastorno narcisista de la personalidad

Los resultados muestran que los rasgos clínicos de personalidad narcisista y el trastorno narcisista de personalidad se asocian de forma positiva con el dominio de esquemas de límites deteriorados y de forma negativa con el dominio de esquemas de foco en los demás. Esto implica que los hombres agresores de nuestra muestra que tienen estos rasgos y trastorno de personalidad, se caracterizan por la deficiencia en establecer límites internos, en asumir responsabilidades con respecto a los demás y en plantearse objetivos a largo plazo. También tienen dificultades en respetar los derechos de los demás, cooperar, asumir compromisos o establecer objetivos personales realistas. Por otra parte, no desean satisfacer los deseos y sentimientos de los demás, ni buscan la evitación de castigos, sino que prefieren

la búsqueda y satisfacción de las propias necesidades. Esto es congruente con la idea de que las personas con este trastorno pueden llegar a atraer a otras personas con el objetivo de explotarlas para la consecución de sus objetivos e intereses (Sperry, 2002), así como con la dificultad a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás (A. T. Beck et al., 2005).

Los resultados de los EDTs concretos muestran que este trastorno de personalidad se asocia únicamente al EDT de grandiosidad. Esto es congruente con el criterio principal del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) con respecto a este trastorno de personalidad, que es el grandioso sentido de la importancia. Los hombres agresores de nuestra muestra con rasgos clínicos o trastorno de personalidad de este tipo tienen la creencia central de que son superiores, con privilegios y derechos especiales y sin la obligación de la reciprocidad de la interacción social. Con una atención especial a la satisfacción de las necesidades propias a expensas de la satisfacción de los demás.

Estos resultados son congruentes con la grandiosidad pura o narcisismo puro propuesto por Young et al. (2003) y descritos en el marco teórico del presente estudio. Asimismo, nuestros resultados son coherentes con los resultados de otros estudios realizados recientemente (Bernstein, 2002; Reeves y Taylor, 2007; Sines et al., 2008).

8.6.4. El trastorno antisocial de la personalidad

El trastorno antisocial de la personalidad se asocia a los dominios de desconexión y rechazo y de límites deteriorados. Éstos resultados son congruentes con los encontrados por Bernstein (2002), e implican que las personas de nuestra muestra con estos rasgos clínicos de personalidad y este trastorno, presentan la expectativa de que sus necesidades personales referentes a la seguridad, la estabilidad afectiva, la aceptación, la empatía y el respeto no serán satisfechas por parte de los demás. Además, estas personas presentan dificultades en el establecimiento de límites internos, en la asunción de responsabilidades con respecto a los

demás, así como en el planteamiento de objetivos a largo plazo. Asimismo, tienden a presentar dificultades en la asunción de compromisos, la cooperación y el respeto de los derechos de los demás.

En cuanto a los EDTs concretos encontrados, este trastorno de personalidad se asocia en nuestro estudio únicamente al EDT de grandiosidad. Tal y como previamente se ha expuesto en el marco teórico de este estudio, la diferenciación que se realiza entre el trastorno antisocial de la personalidad y la psicopatía se basa en el componente relacional y afectivo (Hare, 2003). Así, mientras que el trastorno antisocial de la personalidad se refiere a un estilo de vida socialmente desviado, la psicopatía implica unos rasgos interpersonales y afectivos como el narcisismo y la grandiosidad, la insensibilidad y la falta de empatía (Hare 2000, 2003; Hare et al., 2000). De esta manera, la persona con psicopatía tendría un sentido de la grandiosidad y egocentrismo y vería a los demás como inferiores y débiles, utilizando estrategias manipuladoras y violentas. Por su parte, la persona con un trastorno antisocial de la personalidad podría tener un concepto de sí mismo de imperfecto y vulnerable, una visión hostil de los demás, con desconfianza hacia las acciones ajenas y unas estrategias violentas como solución inadecuada a sus problemas (A. T. Beck, 2003). Según esta diferenciación, nuestros resultados reflejan que en nuestra muestra de agresores de pareja con este trastorno de la personalidad predomina el sentido y creencia de grandiosidad y narcisismo descritos como rasgos de la psicopatía. Estos resultados son congruentes con los resultados de otros estudios realizados sobre los EDTs y el trastorno antisocial de la personalidad (Bernstein, 2002).

8.6.5. El trastorno agresivo-sádico de la personalidad

Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que los rasgos clínicos agresivo-sádicos y el trastorno agresivo-sádico de la personalidad se asocian, tal y como

sucede con el trastorno antisocial de la personalidad, con los dominios de esquemas de rechazo y desconexión y límites deteriorados.

En relación a los EDTs concretos asociados a este trastorno de la personalidad, los resultados indican que los agresores de pareja que tienen estos rasgos clínicos, o trastorno, presentaban los EDTs de grandiosidad, tal y como sucedía en el trastorno antisocial de la personalidad y el de privación emocional. Con respecto a éste último EDT, los resultados implican que estos hombres tienen la creencia de que sus necesidades emocionales no serán satisfechas de manera adecuada por parte de otras personas (Young y Klosko, 2007). La asociación entre los EDTs y este trastorno no ha sido estudiada con anterioridad. Sin embargo, debido a la escasa presencia del mismo en nuestra muestra ($n = 3$), no podemos sacar conclusiones con respecto a nuestros resultados.

8.6.6. El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y sus rasgos clínicos se asocian de forma negativa al dominio de límites deteriorados. Esto implica que los agresores de pareja con estos rasgos o trastorno presentan un exceso en el establecimiento y mantenimiento de límites internos, en la asunción de responsabilidades y compromisos y en el planteamiento de objetivos. A nivel de EDTs concretos, este trastorno no se ha asociado con ninguno de ellos. La explicación a estos resultados puede encontrarse en que este trastorno de la personalidad se asocia a los EDTs de estándares inflexibles, inhibición emocional y punitividad, los cuales no han sido incluidos en este estudio.

8.6.7. El trastorno límite de la personalidad

Los resultados de este estudio muestran que este trastorno de personalidad y los rasgos clínicos característicos del mismo se asocian a los dominios de rechazo y desconexión y límites deteriorados. Esto implica que los agresores de pareja con rasgos de este trastorno

presentan la creencia de que los demás no satisfarán sus necesidades relativas a la estabilidad afectiva, la aceptación, la empatía, el respeto y la seguridad. En este sentido, estos resultados son coherentes con la idea de que las personas con este trastorno realizan grandes esfuerzos por evitar un abandono, ya sea real o imaginario, no soportando la posibilidad de estar en soledad (American Psychiatric Association, 2002). Además, presentan dificultades en el establecimiento y mantenimiento de límites internos, así como en el planteamiento de objetivos a largo plazo y en la asunción de responsabilidades y compromisos, pudiendo tener dificultades a la hora de respetar los derechos de los demás. En este sentido, estos resultados son congruentes con la carencia de control de impulsos que caracteriza a las personas con este trastorno (Caballo, 1998), así como a la tendencia de estas personas a explotar ante situaciones de frustración (American Psychiatric Association, 2002).

En cuanto a los EDTs concretos asociados a este trastorno de personalidad, los agresores de pareja de este estudio presentaban los esquemas de imperfección y autocontrol insuficiente. Esto implica que estos hombres tienden a verse defectuosos e imperfectos, a la vez que tienen la creencia de que no son dignos del afecto o amor por parte de su pareja. Asimismo y debido a su hipersensibilidad a la crítica, al rechazo y al abandono, pueden presentar dificultades en el control de la excesiva expresión emocional o de sus impulsos ante situaciones frustrantes, como podría ser un abandono real o imaginario. Estos resultados son congruentes con las diversas tipologías propuestas de agresores de pareja en las que se enfatiza la existencia de un subgrupo de maltratadores con dificultades de regulación emocional y experimentación de altos niveles de ira, depresión, ansiedad e hiper-reactividad al abandono. De tal forma que sus conductas violentas aparecen desencadenadas por eventos internos, por lo que pueden aparecer ante cualquier situación (D. G. Dutton, 1988, 2007; D. G. Dutton y Starzomski, 1993).

Estos resultados son congruentes con la teoría de esquemas (Young et al., 2003) así como con los resultados de otros estudios realizados (Arntz et al., 2009).

8.6.8. El trastorno paranoide de la personalidad

Los resultados de este estudio muestran que los rasgos clínicos y trastorno paranoide de la personalidad se asocian a los dominios de esquemas de rechazo y desconexión y autonomía deteriorada. Esto implica que los hombres agresores con estos rasgos o trastorno presentan la creencia de que los demás no satisfarán las necesidades personales relativas a la seguridad, el afecto, la empatía, la aceptación y el respeto, e incluso no serán satisfechas de forma intencional. Asimismo, sus expectativas en lo relacionado con su posibilidad de funcionar de forma autónoma son negativas, tanto en lo que se refiere a su propia capacidad como a los demás y al entorno. Estos resultados son coherentes con el criterio principal de este trastorno en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) que es la suspicacia y las ideas preconcebidas basadas en la desconfianza. Así, estas personas tienden a pensar y tener la creencia de que las personas, incluso las más cercanas, pueden actuar de manera perniciosa para ellas. De tal forma que podrían intentar buscar pruebas que confirmasen estas ideas preconcebidas de desconfianza de que no serán respetados, queridos, entendidos, aceptados y respetados.

En cuanto a los EDTs concretos asociados a este trastorno de personalidad. Los resultados indican que estos hombres tienen diversos EDTs: Abuso, privación, imperfección, fracaso, dependencia, subyugación y autocontrol insuficiente. Esto implica que estos hombres se ven así mismos como inadecuados e imperfectos, con una tendencia a depender de las personas más cercanas. Debido a esto, pueden tener la sensación de que están renunciando a sus derechos y sentirse coaccionados. Además, consideran que las personas cercanas no cubrirán sus necesidades emocionales. Todo ello, partiendo de una visión suspicaz y creyendo que ésta coacción y no satisfacción de sus necesidades se realiza de forma

intencional por las personas más íntimas y con la expectativa de que ha de estar vigilante porque pueden intentar herirle, engañarle o manipularle. Esto podría llevarle a perder la capacidad de control de sus impulsos y expresión emocional, reaccionando de manera agresiva ante situaciones que pudiesen hacerle sentir que está siendo engañado, manipulado o atacado.

Estos resultados son coherentes el enfoque cognitivo de este trastorno de personalidad (A. T. Beck et al., 2005; Pretzer, 1988; Shapiro, 1965; Sperry, 2003), así como con el modelo de la terapia de esquemas (Young et al., 2003). Asimismo, estos resultados son congruentes con los resultados encontrados en los diferentes estudios que han tenido en consideración este trastorno de personalidad y su asociación con los EDTs (Bernstein, 2002; Bernstein y Uzeda, 2007; S. N. Carr y Francis, 2010; Nordahl et al., 2005; Reeves y Taylor, 2007; Schmidt, 1994).

8.7. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD Y ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES RECORDADOS EN LOS AGRESORES DE PAREJA

Tal y como se ha descrito en el marco teórico de este estudio, según el modelo de la terapia de esquemas de Young (Young et al., 2003), la existencia de determinados estilos de crianza parentales pueden dar lugar a EDTs concretos, los cuales, a su vez, se asocian a los diferentes trastornos de la personalidad. Además, parece existir un consenso en la idea de que las disposiciones del niño junto con las influencias ambientales son factores que contribuyen al desarrollo de la personalidad (T. Millon, 1981). Así, el temperamento del niño y las experiencias adversas en la infancia contribuyen en el desarrollo de rasgos clínicos y trastornos de personalidad. Estas ideas se ven apoyadas por numerosos estudios en los que se ha evaluado la relación existente entre los estilos de crianza parentales percibidos y estos trastornos (p. ej., Head, Baker y Williamson, 1991; Jiang y Xu, 2008; J. G. Johnson, Cohen, Chen, Kasen y Brook, 2006; Nordahl y Stiles, 1997; Paris, 2005; Ramsey, Watson, Biderman

y Reeves, 1996; Reti et al., 2002; Thimm, 2010; Timmerman y Emmelkamp, 2001; Yu et al., 2007).

Debido a esto, el siguiente objetivo de este estudio fue evaluar las relaciones existentes entre los rasgos clínicos y trastornos de personalidad y los estilos parentales disfuncionales recordados en los agresores de pareja.

Los resultados de nuestro estudio muestran que existe una asociación entre los rasgos clínicos y trastornos de personalidad y los estilos de crianza parentales disfuncionales propuestos por Young (Young et al., 2003).

8.7.1. El trastorno de la personalidad por dependencia

Los resultados muestran que las puntuaciones clínicas en este trastorno se asocian al dominio de crianza parental de límites deteriorados. Esto implica que estos hombres han crecido en ambientes en los que ha existido una excesiva permisividad e indulgencia, con escasas normas, con poca dirección y confrontación. Esos resultados son coherentes con el modelo de Millon (T. Millon et al., 2006) en el que se considera que los factores disposicionales del niño junto con una sobreprotección parental son factores de riesgo para el desarrollo de este trastorno de la personalidad.

En cuanto a los estilos disfuncionales concretos que se han asociado a las puntuaciones clínicas del trastorno de personalidad por dependencia, se encuentran la grandiosidad, la negatividad o pesimismo y el apego. Además, existe una diferenciación entre la figura materna y la figura paterna, habiéndose asociado al estilo materno de abandono y al estilo paterno de abuso. Esto implica que los agresores de pareja con estas características recuerdan que sus figuras parentales han tenido una excesiva implicación emocional en su vida durante el desarrollo, impidiendo que el individuo pueda desarrollarse de manera individualizada. Además, con frecuencia han tenido una figura materna ausente o impredecible y una figura paterna que actuó de una forma abusiva hacia ellos cuando eran

jóvenes. A pesar del abuso y la impredecibilidad, estos hombres recuerdan haber sido tratados de forma que les han hecho sentirse especiales y privilegiados. Por otra parte y con respecto al mundo exterior y a sí mismos, estas figuras parentales se han mostrado preocupadas, indecisas y quejasas, debido a su frecuente preocupación en los aspectos negativos de la vida, con una visión pesimista de la misma y con una minimización de los aspectos positivos. Estos resultados son congruentes con los de otros estudios y autores. Baker, Capron y Azorlosa (1996) identificaron un bajo nivel de independencia parental asociado a este trastorno. Asimismo, el hecho de que dentro de su núcleo familiar hayan sido tratados como si fueran especiales, aunque de una forma impredecible, es coherente con la idea de que durante el desarrollo estos menores a menudo experimentan una humillación social y dudas sobre su autoeficacia fuera de la relación parental (Sperry, 2003). Por otra parte, la negatividad y pesimismo de las figuras parentales puede ayudar al desarrollo de la visión del mundo como peligroso y conllevar la distorsión cognitiva de catastrofismo identificada por A. T. Beck et al. (2005) para este trastorno. Además, estos resultados parecen coherentes con la relación encontrada entre la dependencia excesiva y un apego ansioso (Pilkonis, 1988), dado que éste se desarrolla a partir de experiencias en la infancia que hacen que el menor dude de la disponibilidad y la respuesta de la figura parental (Bowlby, 1979) y estos hombres recuerdan una imprevisibilidad materna y un abuso paterno a pesar de la gran implicación emocional.

8.7.2. El trastorno histriónico de la personalidad

Los resultados muestran que unas puntuaciones clínicas en la escala de la personalidad histriónica se asocia de forma negativa con el dominio de estilos de crianza parentales de rechazo y desconexión, lo cual implica que las personas con estos rasgos clínicos o trastornos de personalidad recuerdan haber crecido en un ambiente familiar en el que no ha existido una carencia de las necesidades afectivas, de seguridad ni respeto.

Además, en cuanto a los estilos parentales disfuncionales concretos de estos hombres, la asociación ha sido también negativa para los estilos de crianza de fracaso, subyugación, punitividad y autocontrol emocional. Asimismo, ha existido una asociación negativa con el estilo materno de imperfección. Esto implica que estos hombres recuerdan que no han existido castigos por sus errores, fueron tratados adecuadamente y se les ofreció disciplina y responsabilidades. Además, recuerdan una figura materna que les hizo sentirse excesivamente queridos y aceptados. Estos resultados sorprenden en cuanto a que parece que estos hombres tuvieron unos estilos familiares suficientemente funcionales, a pesar de que en la bibliografía se considera que los estilos parentales de las personas con esta patología han tendido al refuerzo de las conductas de búsqueda de atención y manipulación, así como figuras parentales histriónicas. No obstante, estos resultados son congruentes con los resultados encontrados por Hogue (1999), en los que también se encontró que las familias de las personas con esta patología eran funcionales o al menos son recordadas como funcionales debido a los sesgos característicos de este trastorno. De esta manera es posible que factores como la deseabilidad social hayan influido en sus respuestas en la información que han dado sobre sus estilos de crianza parentales.

8.7.3. El trastorno narcisista de la personalidad

Los resultados de este estudio ponen de manifiesto una asociación negativa entre las puntuaciones en el trastorno narcisista de la personalidad y el dominio de crianza parental de rechazo y desconexión, así como una asociación positiva con el dominio de sobrevigilancia e inhibición. Estos resultados implican que los hombres agresores con rasgos clínicos o un trastorno de personalidad de estas características recuerdan haber crecido en un ambiente familiar predecible, en donde ha existido una satisfacción de las necesidades de afecto y estabilidad básicas. Asimismo, estas figuras parentales son recordadas como carentes de espontaneidad y con un gran énfasis en los logros, la búsqueda de la perfección y en resaltar lo

negativo a expensas de la expresión emocional, la cercanía y la felicidad. Sorprende que en nuestros resultados este trastorno de la personalidad no se haya asociado al dominio parental de límites deteriorados, teniendo en consideración que una amplia bibliografía considera la indulgencia y falta de disciplina y límites como factor de riesgo para el desarrollo de esta patología (T. Millon, Everly y Millon, 1985; Sperry, 2003; Young et al., 2003). Sin embargo, otro aspecto que se han considerado como factor de riesgo para el desarrollo de este tipo de personalidad y relacionado con los estilos de crianza, es la sobre-evaluación positiva (T. Millon et al., 1985; Sperry, 2003). En este sentido, parece posible que un estilo parental caracterizado por una excesiva satisfacción de las necesidades de niño, junto con unas altas expectativas sobre el mismo y sobre la consecución de sus logros, pudiese conllevar que desarrollase la creencia de que es una persona especial y tener grandes expectativas para sí mismo.

8.7.4. El trastorno antisocial de la personalidad

Este trastorno de la personalidad se ha asociado al dominio parental tanto materno como paterno de rechazo y desconexión. Además se ha asociado de forma negativa al dominio paterno de sobrevigilancia e inhibición. Esto implica que los hombres agresores con unos rasgos clínicos o trastorno de personalidad de estas características tienen el recuerdo de haber crecido en un ambiente familiar impredecible y abusivo, en el que no se han satisfecho las necesidades básicas afectivas y de seguridad. Además, tienen el recuerdo de una figura paterna con dificultades en el control de las emociones e impulsos, excesivamente flexible en cuanto a normas y expectativas y despreocupado en cuanto a sus responsabilidades con la familia. Estos resultados son congruentes con los encontrados en otros estudios que han tenido en consideración los estilos de crianza y su asociación con este trastorno de personalidad. Así, diversos estudios han encontrado que carencias en el cuidado parental (Norden, Klein, Donaldson y Pepper, 1995; Timmerman y Emmelkamp, 2001) y de afecto (Roberts, Yang, Zhang y Coid, 2008) están asociadas a los rasgos clínicos de este trastorno de

la personalidad. Asimismo, los resultados apoyan la idea de que este trastorno de la personalidad se asocia con experiencias parentales de negligencia (Jiang y Xu, 2008; J. G. Johnson, Cohen, Brown, Smailes y Bernstein, 1999) y son congruentes con el modelo biosocial que afirma que en el desarrollo de este trastorno de la personalidad existe una interacción entre las variables biológicas y sociales (Raine, 2002).

En cuanto a los estilos parentales disfuncionales concretos recordados por estos hombres, la asociación ha sido positiva para el estilo de crianza de privación emocional, así como negativo para el estilo paterno de apego. Esto implica que estos hombres tienen el recuerdo de que sus necesidades afectivas y emocionales no han sido satisfechas por sus padres, a la vez que recuerdan haber crecido con la carencia de un vínculo emocional o cercanía con el padre. Estos resultados son congruentes con estudios previos (Norden et al., 1995; Roberts et al., 2008; Timmerman y Emmelkamp, 2001), así como con la idea de que un modelo parental o de autoridad disfuncional puede conllevar a una autonomía e independencia a edades demasiado tempranas (Sperry, 2003).

8.7.5. El trastorno agresivo sádico de la personalidad

Este trastorno de la personalidad se asocia al dominio parental de rechazo y desconexión, tal y como sucedía con el trastorno antisocial de la personalidad.

En cuanto a los estilos parentales disfuncionales concretos encontrados asociados a los hombres agresores con rasgos clínicos o trastorno de personalidad de estas características, destacan los estilos parentales de privación emocional, abandono, abuso y subyugación. Estos hombres tienen el recuerdo de haber vivido una excesiva carencia afectiva y emocional por parte de ambas figuras parentales así como haber sufrido maltrato por parte de la figura paterna. Asimismo, el padre se ha caracterizado por ser una figura ausente e impredecible. A pesar de que no podemos sacar conclusiones para este trastorno de personalidad dada la poca representación en la muestra del mismo, estos resultados son congruentes con otros estudios

realizados en relación a este trastorno de la personalidad. Así, Fiester y Gay (1996) en su revisión de la bibliografía referente a este trastorno, mencionan los estudios de Gay (1989) y Spitzer, Feister, Gay y Pfohl (1991) en los que se encontró una alta prevalencia de abuso físico, emocional y sexual durante la infancia de estas personas, así como experiencias de negligencia y pérdida o abandono por parte de figuras representativas.

8.7.6. El trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad

Este trastorno de personalidad se asocia de forma positiva al dominio parental de supervigilancia e inhibición y de forma negativa al dominio parental de rechazo y desconexión. Esto implica que los agresores de pareja con estos rasgos clínicos o trastorno de personalidad recuerdan haber crecido en un entorno familiar en el que se han satisfecho las necesidades básicas de afecto y estabilidad pero en los que ha existido un énfasis excesivo en la supresión de sentimientos e impulsos propios, así como una severidad en la disciplina, con altas demandas en el cumplimiento de normas y reglas así como en la búsqueda del perfeccionismo y punitividad ante los errores. Estos resultados son congruentes con la idea de que en el desarrollo de este trastorno de la personalidad el ambiente y el entorno familiar son factores muy influyentes. Así, diferentes autores consideran que los estilos parentales que implican exceso de control y responsabilidades, y normas rígidas y punitividad durante la infancia contribuyen al desarrollo de rasgos clínicos o un trastorno de personalidad de estas características (Benjamin, 1996; Sperry, 2003; Turkat, 1990).

En cuanto a los estilos parentales disfuncionales concretos, las puntuaciones clínicas en este trastorno se asocian negativamente al estilo parental de privación emocional. Por otra parte destaca la asociación positiva encontrada entre este trastorno de personalidad y un estilo de crianza materno de inhibición emocional, caracterizado por la ausencia de expresión emocional por parte de la figura materna dentro del seno familiar, con un excesivo énfasis en la racionalidad sin tener en cuenta las emociones.

8.7.7. El trastorno límite de la personalidad

Este trastorno se asocia a los dominios de crianza parental de foco en los demás y rechazo y desconexión, así como al dominio de crianza materno de límites deteriorados. Esto implica que los agresores de pareja de esta muestra con rasgos clínicos o trastorno límite de la personalidad tienen el recuerdo de haber crecido en un entorno familiar en el que sus necesidades fueron frecuentemente relegadas a las necesidades o deseos de otros miembros de la familia y de que fueron aceptados de forma condicional, con cierta supresión de aspectos importantes de sí mismos. Además, con frecuencia recuerdan que su ambiente familiar se caracterizó por la imprevisibilidad y el abuso, así como una ausencia de satisfacción de sus propias necesidades básicas de afecto, seguridad y estabilidad. Por otro lado, recuerdan un estilo materno más permisivo e indulgente en cuanto a normas y dirección. Estos resultados son congruentes con los resultados de estudios previos en los que se detectó que con frecuencia las personas con este trastorno de personalidad habían crecido en ambientes familiares disfuncionales o experimentado algún tipo de abuso durante su infancia (p. ej., (S. N. Carr y Francis, 2009; Figueroa y Silk, 1997; Herman, Perry y Van, 1989; McLean y Gallop, 2003; Ogata, Silk, Goodrich y Lohr, 1990; Weaver y Clum, 1993), así como aquellos estudios que consideran una falta de afecto en la crianza como factor de riesgo en el desarrollo de un trastorno de estas características (J. G. Johnson et al., 2006).

En cuanto a los estilos parentales disfuncionales concretos asociados a este trastorno de personalidad, los resultados indican que unas puntuaciones clínicas en esta escala se asocian a los estilos de crianza parentales de imperfección, fracaso, subyugación y vulnerabilidad al daño, así como a unos estilos maternos de deprivación emocional e imperfección y unos estilos paternos de abuso, autosacrificio y vulnerabilidad al daño. Esto implica que los hombres de nuestra muestra con puntuaciones clínicas en esta escala recuerdan que las figuras parentales les trataron como inadecuados, sin talento y con

expectativas de que iban a fracasar, pudiendo haber existido insultos por parte de ambos padres. Además, recuerdan que en su infancia tuvieron que renunciar a sus propios derechos debido a la coacción parental. Asimismo, tienen con frecuencia el recuerdo de una figura materna hipercrítica en cuanto a sus defectos y culpabilizadora en los aspectos relacionados con el ámbito familiar, así como privativa a nivel emocional, no satisfaciendo sus necesidades emocionales básicas de afecto o amor durante el desarrollo. Con respecto a la figura paterna, tienen el recuerdo de una figura impredecible, abusiva y manipuladora, que con frecuencia utilizó la violencia física y psicológica, obligándoles a renunciar a sus propias gratificaciones por el bien familiar y en ocasiones conllevando que tuviesen que asumir roles no correspondientes por su edad. Asimismo con frecuencia recuerdan que esta figura paterna dificultó e impidió la potenciación de su independencia con cierta sobreprotección. Estos resultados son congruentes con otros estudios que han encontrado ambientes familiares disfuncionales y abusos durante la infancia en las personas con este trastorno de la personalidad (p. ej., S. N. Carr y Francis, 2009; Figueroa y Silk, 1997; Herman et al., 1989; McLean y Gallop, 2003; Ogata et al., 1990; Weaver y Clum, 1993).

8.7.8. El trastorno paranoide de la personalidad

Este trastorno de personalidad se asocia a los dominios parentales de sobrevigilancia e inhibición y rechazo y desconexión. Asimismo se asocia al dominio de estilo de crianza materno de límites deteriorados y al dominio de crianza paterno de autonomía deteriorada. Esto implica que los agresores de pareja con este tipo de puntuaciones recuerdan con frecuencia haber crecido en un ambiente familiar caracterizado por la imprevisibilidad y el abuso y en el que las necesidades básicas de afecto, seguridad y estabilidad no se han visto satisfechas. Asimismo, con frecuencia refieren un entorno familiar demandante en el cumplimiento de reglas y normas rígidas, con una búsqueda del perfeccionismo y la supresión de los sentimientos, así como con el uso del castigo ante los errores. Por otra parte,

la figura materna es recordada como más permisiva e indulgente en determinados aspectos, mientras que el padre es recordado con una excesiva cercanía que impedía la autonomía.

En cuanto a los estilos parentales concretos asociados a este trastorno destaca la gran cantidad de estilos parentales disfuncionales asociados al mismo. Así, unas puntuaciones clínicas en la escala de este trastorno se asocian a los estilos de crianza de abandono, imperfección, dependencia, fracaso, vulnerabilidad al daño, apego, grandiosidad, autocontrol insuficiente, estándares inflexibles, negatividad, punitividad inhibición emocional y búsqueda de aprobación. Asimismo, destaca que el estilo parental disfuncional más predominante en este trastorno es el materno. Así, los hombres de esta muestra recuerdan con mayor frecuencia que fueron víctimas de violencia por parte de la madre, quien a su vez, se mostró mucho más inconsistente e impredecible en cuanto a sus muestras de afecto y disciplina. Estos resultados son coherentes con Benjamín (1996), quien considera que es muy posible que las personas con este trastorno de la personalidad hayan experimentado estilos parentales degradantes, controladores y sádicos. Asimismo, los resultados son coherentes con los diferentes tipos de personalidades paranoides propuestos por Millon (T. Millon y Grossman, 1999), el cual describe, entre otros, un tipo paranoide narcisista con unos estilos de crianza indulgentes y sobre-evaluadores (grandiosidad y autocontrol insuficiente), un paranoide antisocial, cuyas figuras parentales fueron excesivamente duras, maltratantes y amenazantes (abuso o desconfianza, punitividad, imperfección) y el paranoide compulsivo cuyo estilo parental fue rígido y de excesivo control (estándares inflexibles, inhibición emocional, punitividad). Por otra parte, algunos autores afirman que un clima familiar muy violento con padres impredecibles podría predisponer al desarrollo de temáticas de tipo paranoide (Nicoló y Nobile, 2008).

En cuanto a otros estudios realizados, nuestros resultados concuerdan con aquellos en los que se ha asociado la falta de afecto materno (Thimm, 2010; Timmerman y Emmelkamp,

2001) y el rechazo de ambos padres (Thimm, 2010) con el grupo A de los trastornos de personalidad, clasificados como “individuos extraños o excéntricos”. También los resultados concuerdan con los de estudios en los que se ha asociado la falta de afecto parental con este trastorno de la personalidad (J. G. Johnson et al., 2006; Roberts et al., 2008), así como con aquellos en los que este trastorno se ha asociado con estilos parentales aversivos (J. G. Johnson et al., 2006) y con el abuso emocional materno (Hogue, 1999).

8.8. LOS ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS COMO MEDIADORES ENTRE LOS ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES Y LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD EN AGRESORES DE PAREJA

Una vez mostradas las relaciones entre estilos de crianza, esquemas y trastornos de personalidad, otro objetivo central ha consistido en evaluar la hipótesis de que los esquemas disfuncionales tempranos median entre los estilos de crianza parentales disfuncionales y los trastornos de personalidad en los agresores de pareja.

Parece que hay un consenso en la idea de que existen factores multicausales en el desarrollo de los trastornos de personalidad (genéticos, biológicos, psicológicos y ambientales) (T. Millon et al., 2006), así como que las personas con trastornos de personalidad tienen creencias respecto a sí mismos, los demás y el mundo disfuncionales (A. T. Beck et al., 2005). Sin embargo, pocos estudios han examinado la relación entre los esquemas disfuncionales tempranos como mediadores entre los estilos de crianza parentales disfuncionales y los trastornos de personalidad. Los pocos existentes se han centrado principalmente en el trastorno límite de la personalidad (Arntz, Dietzel y Dreessen, 1999; N. S. Carr y Francis, 2009; Specht, Chapman y Cellucci, 2009), a excepción de uno (Thimm, 2010) en el que se ha examinado la relación con los síntomas de los diferentes grupos de trastornos de la personalidad. Sin embargo, en nuestro conocimiento, no existe hasta la fecha un estudio que examine esta relación en agresores de pareja.

Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que ciertos dominios de esquemas disfuncionales tempranos median en la relación entre los estilos de crianza parentales disfuncionales propuestos por la terapia de esquemas (Young et al., 2003) y algunos de los trastornos de personalidad estudiados en los agresores de pareja.

Así, nuestros resultados reflejan que los esquemas del dominio de autonomía deteriorada median la relación entre los estilos parentales de autonomía deteriorada y el trastorno de personalidad por dependencia. Esto implica que unos estilos parentales en los que predomina un ambiente sobreprotector, en los que se cuestionan las capacidades del niño para actuar de forma autónoma y donde no se facilita ni potencia la autonomía e independencia conllevan una tendencia a desarrollar unas expectativas sobre uno mismo y el ambiente negativas, en cuanto a la capacidad de funcionar independientemente de los demás o tener éxito, lo cual facilita el desarrollo del trastorno de personalidad por dependencia.

Por otra parte, los esquemas del dominio de rechazo y desconexión median en la relación entre los estilos parentales disfuncionales del dominio de desconexión y rechazo y el de autonomía deteriorada y varios trastornos de personalidad. En este sentido, un estilo de crianza parental disfuncional, caracterizado por el abuso y la imprevisibilidad, la indiferencia, la frialdad, el rechazo, la ocultación y la soledad conllevan el desarrollo de creencias y expectativas negativas con respecto a la futura satisfacción de las necesidades afectivas básicas de afecto aceptación y estabilidad y facilita el desarrollo del trastorno paranoide de la personalidad. Asimismo, este mismo tipo de entorno imprevisible y abusivo, junto con cierto ambiente sobreprotector, en el que no se facilita ni potencia la autonomía e independencia del menor, conlleva también al desarrollo de creencias negativas relacionadas con la posibilidad de una futura satisfacción de las necesidades afectivas básicas y facilita el desarrollo de los trastornos de personalidad antisocial, agresivo-sádico y límite. Por otra parte, este dominio de

esquemas medió de manera negativa entre el dominio de estilos de crianza parental de rechazo y desconexión y el trastorno histriónico de la personalidad.

Por su parte, los esquemas del dominio de límites deteriorados median de forma negativa en la relación entre los estilos parentales disfuncionales del dominio de límites y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. En este sentido, un estilo de crianza parental disfuncional, caracterizado por la excesiva permisibilidad e indulgencia, sin normas, dirección o confrontación, conlleva el desarrollo de creencias y expectativas negativas respecto a la capacidad de establecer límites internos, la asunción de responsabilidades con respecto a los demás, así como en el planteamiento de objetivos personales realistas y a largo plazo, se relaciona negativamente con el desarrollo de los rasgos clínicos del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad. Esto es coherente con la idea de que en el desarrollo de este trastorno de personalidad el ambiente y el entorno familiar son factores muy influyentes (Sperry, 2003; Turkat, 1990, Benjamin, 1996).

Por tanto, nuestros resultados son congruentes con la terapia de esquemas según la cual la esencia de los trastornos de personalidad se encuentra en los esquemas disfuncionales tempranos que los caracterizan y perpetúan (Young, 1999; Young et al., 2003), los cuales se desarrollan en la infancia a través de la interacción entre el temperamento del niño y las experiencias disfuncionales de crianza.

Sorprende que no se haya encontrado una relación significativa en la mediación realizada para el trastorno de personalidad narcisista, si tenemos en consideración que diversos autores consideran que unos estilos parentales de crianza excesivamente permisivos e indulgentes en los que no existe disciplina y límites pueden actuar como factores de riesgo para el desarrollo de esta patología (T. Millon, Everly y Millon, 1985; Sperry, 2003; Young et al., 2003). Además, otros estudios han asociado esta patología con los esquemas del dominio de límites deteriorados (Bernstein, 2002; Nordahl et al., 2005; Reeves y Taylor,

2007; Sines et al., 2008), los cuales a su vez se consideran asociados a los estilos parentales de excesiva permisividad e indulgencia (Young et al., 2003).

8.9. TIPOS DE VIOLENCIA EJERCIDA, ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS Y ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES EN AGRESORES DE PAREJA

Otro de los objetivos de este estudio fue conocer el tipo de conductas agresivas que los agresores de pareja de nuestra muestra reconocían haber ejercido durante el año previo a la denuncia interpuesta por su pareja que les conllevó una sentencia condenatoria por violencia contra la mujer, así como su relación con los esquemas disfuncionales tempranos, los estilos de crianza parentales recordados y los rasgos clínicos y trastornos de personalidad.

Dentro del estudio de los hombres violentos en las relaciones íntimas es conocida la tendencia de los mismos al escaso reconocimiento de las conductas violentas. Así, estos hombres suelen tender a la minimización, racionalización y excusación de sus comportamientos violentos con el objetivo de negar su responsabilidad en la violencia (Bogard, 1988; D. G. Dutton, 1986; D. G. Dutton, 2007; Echeburúa y Corral, 1998; Eisikovits et al., 1999; Gondolf, 1987a; Henning et al., 2005; Henning y Holdford, 2006; Holtzworth-Munroe, 1988; Shields y Hanneke, 1983; Stosny, 2005). Asimismo, se ha detectado que en el reconocimiento de la perpetración de la violencia íntima influyen factores como la deseabilidad social (p. ej., Henning y Holford, 2006; Saunders, 1991; Sugarman y Hotaling, 1997). Por estos motivos y aunque existe un alto reconocimiento de la violencia en nuestra muestra de agresores de pareja, es aconsejable cierta cautela a la hora de interpretar esta parte de los resultados, ya que no podemos olvidar que todos los hombres de nuestra muestra habían ejercido algún tipo de agresión hacia su pareja, motivo por el que se encontraban cumpliendo una condena por violencia contra la mujer,

8.9.1. Tipo de conductas agresivas ejercidas por los agresores de pareja en el año anterior a la denuncia

Los resultados muestran que los agresores de pareja de nuestro estudio reconocen en un porcentaje muy elevado el haber ejercido la violencia psicológica y física hacia su pareja en el año previo a la denuncia (97% para el maltrato psicológico y 77,4% para el maltrato físico). El reconocimiento y presencia de la coerción sexual asciende al 24,5% de los agresores de pareja de nuestra muestra.

8.9.2. Tipo de conductas agresivas ejercidas y esquemas disfuncionales tempranos en agresores de pareja

Otro de los objetivos de este estudio fue evaluar las relaciones existentes entre los EDTs y el tipo de violencia que puede ejercerse dentro de la relación de pareja en los hombres agresores.

Tal y como previamente se ha descrito en la introducción de este estudio la conducta violenta ha sido asociada a diferentes esquemas disfuncionales tempranos (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Tremblay y Dozois, 2009; Young et al., 2003).

Los resultados de este estudio indican que la violencia física se asocia al dominio de esquemas de rechazo y desconexión, mientras la violencia psicológica y sexual se asocia al dominio de esquemas de autonomía deteriorada. Esto implica que los hombres agresores de este estudio que reconocen en mayor medida el ejercicio de la violencia física hacia la pareja presentan la creencia de que sus necesidades de afecto, aceptación y seguridad no serán satisfechas, mientras que aquellos hombres que reconocen el ejercicio de la violencia psicológica y la coerción sexual presentan creencias negativas sobre sí mismos y sobre el ambiente en cuanto a su propia capacidad de funcionar de forma independiente. Estos resultados coinciden con los de otros estudios previos que han encontrado que algunos

esquemas del dominio de rechazo y desconexión se asocian a la conducta violenta (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Calvete y Orúe 2010; Tremblay y Dozois, 2009).

Destaca que el dominio de límites deteriorados no se asocie a ningún tipo de violencia en nuestro estudio, si tenemos en consideración que es el dominio que más se ha asociado a la conducta violenta en general (Calvete, Estévez, López de Arroyabe et al., 2005; Dozois et al., 2009; Tremblay y Dozois, 2009; Young y Klosko, 2001). El posible motivo de que no se haya dado esta asociación podríamos encontrarlo en la deseabilidad social antes mencionada y que aparece con frecuencia en este tipo de población. Asimismo y si tenemos en consideración que uno de los esquemas de este dominio (autocontrol insuficiente) se ha asociado al humor agresivo (Dozois et al, 2009), que es aquel que utiliza el sarcasmo, las bromas burlonas y despectivas y las ridiculizaciones, podríamos también pensar que las personas con este tipo de esquema disfuncional podrían no considerar que han ejercido una conducta agresiva a pesar de que este humor podría ser considerado como una forma de abuso psicológico dentro de la relación de pareja.

En cuanto a los EDTs concretos asociados a los tipos de violencia que pueden ejercerse dentro de una relación, los resultados muestran que la violencia psicológica severa se asocia al EDT de dependencia, la violencia física severa se asocia al EDT de abandono y la violencia sexual se asocia al EDT de fracaso. Estos resultados indican que los agresores que reconocían ejercer una violencia psicológica severa, en forma de insultos, actos físicos contra objetos y amenazas de agresión física, presentaban con frecuencia creencias negativas respecto a sus capacidades para afrontar las responsabilidades cotidianas de una manera competente sin la ayuda de otras personas. Estos resultados son congruentes con la idea de que este tipo de esquema produce una sensación de impotencia y frustración, la cual ha su vez, se ha asociado a un tipo de agresor en la pareja y cuyas manifestaciones de ira suelen

aparecer brusca e inesperadamente y se producen tras una acumulación progresiva de frustración y resentimiento (D. G. Dutton, 2007).

Por su parte, aquellos agresores de pareja que reconocían el ejercicio de una violencia física severa, que es aquella que se da en forma de puñetazos, patadas y palizas, presentaban la creencia de que los demás son impredecibles y pueden llegar a abandonarlos, así como que no podrán ofrecerle el apoyo emocional que uno necesita. Estos resultados son congruentes con uno de los subtipos propuestos por varias tipologías, el agresor límite, el cual presenta una hiper-reactividad al abandono y al rechazo y cuyas conductas violentas aparecen desencadenadas por eventos internos, por lo que pueden aparecer ante cualquier situación (p. ej., D. G. Dutton, 2007; Holtzworth-Munroe y Stuart 1994).

Finalmente aquellos agresores de pareja que reconocían en mayor medida haber llevado a cabo actos de coerción sexual, dirigidos a obligar a la pareja a participar en una actividad sexual no deseada, presentaban la creencia de que son inadecuados en comparación a los demás, que han fracasado o que fracasarán en un futuro.

8.9.3. Tipo de conductas agresivas ejercidas en la relación y estilos de crianza parentales recordados en agresores de pareja

Otro de los objetivos de este estudio fue evaluar las relaciones existentes entre los estilos de crianza parental recordados y el tipo de violencia ejercida dentro de la relación de pareja en los hombres agresores.

Los resultados de este estudio muestran que el dominio de crianza parental de rechazo y desconexión se asoció a la violencia física y psicológica severa. Además, este dominio de crianza se asoció también a la violencia sexual en el caso de que fuese la figura materna quien hubiese ejercido estos tipos de estilos de crianza parental. Por otra parte, el dominio paterno de autonomía deteriorada se asoció a la violencia psicológica severa y el dominio

paterno de supervigilancia e inhibición se asoció negativamente con la violencia psicológica severa.

Estos resultados implican que aquellos hombres que reconocían haber ejercido la violencia psicológica y física severa contra su pareja, que incluye conductas del tipo insultos, actos físicos contra objetos, amenazas de agresión física, puñetazos, patadas y palizas, referían haber crecido en ambientes disfuncionales, caracterizados por el abuso y la imprevisibilidad, la indiferencia, la frialdad, el rechazo, la ocultación y la soledad. Además, los hombres que reconocían haber ejercido la violencia sexual contra su pareja recordaban con frecuencia que sus figuras maternas habían ejercido este tipo de crianza. Por otro lado, aquellos hombres que también reconocían haber ejercido la violencia psicológica hacia su pareja recordaban unos estilos de crianza paternos caracterizados por la sobreprotección y la flexibilidad y donde no se había facilitado la autonomía o independencia.

El hecho de que la violencia física y psicológica hacia la pareja en nuestra muestra de maltratadores se asocie a los estilos de crianza del dominio de desconexión y rechazo es congruente con la idea manifestada por diversos autores de que ciertas experiencias aversivas vividas en la infancia contribuyen al riesgo de desarrollo de conductas violentas en la relación íntima en el futuro (p. ej., Downs et al., 1996; D. G. Dutton, 2007; D. G. Dutton y Hart, 1992; Ehrensaft et al. 2003; Holtzworth-Munroe et al., 1997; Hotaling y Sugarman, 1986; Kalmuss 1984; Magdol et al., 1998; Marshall y Rose, 1988, 1990; Rosenbaum y Leisring, 2003; Stith et al. 2000; Widom, 1989).

8.9.4. Tipo de conductas agresivas ejercidas y trastornos de la personalidad en agresores de pareja

El siguiente objetivo de este estudio fue evaluar las relaciones existentes entre los trastornos de personalidad y el tipo de violencia ejercida dentro de la relación de pareja en los hombres agresores.

Los resultados de este estudio indican que la escala del trastorno antisocial de la personalidad se asocia a la violencia física y psicológica. Por su parte, el trastorno límite de la personalidad límite se asocia a la violencia física y sexual. Y, por último, el trastorno paranoide de la personalidad se asocia a la violencia sexual. Estos resultados son congruentes con la idea que ciertos rasgos clínicos, entre los que se encuentran la impulsividad, la regulación afectiva deficiente y el estilo cognitivo paranoide son factores de riesgo psicopatológico para la conducta violenta (Esbec y Echeburúa, 2010). Sin embargo, sorprende que el trastorno narcisista de la personalidad no se haya asociado a ninguno de los tres tipos de violencia propuesta, dado que los rasgos de personalidad de estas características son considerados tendentes hacia el ejercicio de la violencia (Nestor, 2002). No obstante, no podemos olvidar que todos los participantes de este estudio, tuviesen o no rasgos clínicos o trastornos de personalidad, habían ejercido la violencia hacia su pareja.

8.10. LOS ESQUEMAS DISFUNCIONALES TEMPRANOS COMO MEDIADORES ENTRE LOS ESTILOS DE CRIANZA PARENTALES Y EL TIPO DE VIOLENCIA EN LA RELACIÓN EN LOS AGRESORES DE PAREJA

El último objetivo de este estudio consiste en examinar la relación existente entre los estilos de crianza parentales recordados, los esquemas disfuncionales tempranos y el tipo de violencia ejercida en la relación de pareja en los hombres maltratadores. De esta manera se quería evaluar la hipótesis de que los esquemas disfuncionales tempranos median entre los estilos de crianza parentales disfuncionales y el tipo de violencia ejercida en la relación.

Los resultados de nuestro estudio ponen de manifiesto que el dominio de esquemas disfuncionales tempranos de rechazo y desconexión media en la relación entre los estilos parentales disfuncionales del dominio de desconexión y rechazo y el de autonomía deteriorada y la violencia física. En este sentido, un estilo de crianza parental disfuncional, caracterizado por el abuso y la imprevisibilidad, la indiferencia, la frialdad, el rechazo, la

ocultación y la soledad, conlleva el desarrollo de creencias y expectativas negativas con respecto a la futura satisfacción de las necesidades afectivas básicas de afecto aceptación y estabilidad y a su vez facilita el ejercicio de la violencia física en la relación íntima. Asimismo, este mismo tipo de entorno imprevisible y abusivo, junto con cierto ambiente sobreprotector, en el que no se facilita ni potencia la autonomía e independencia del menor, conlleva también al desarrollo de creencias negativas relacionadas con la posibilidad de una futura satisfacción de las necesidades afectivas básicas y aumenta el riesgo del ejercicio de la violencia física en la relación de pareja.

Estos resultados son coherentes con la terapia de esquemas (Young et al., 2003), según la cual, existen ciertas necesidades básicas durante el desarrollo que de no ser satisfechas pueden dar lugar al desarrollo de esquemas disfuncionales tempranos, los cuales se traducen en patrones de pensamiento disfuncionales y comportamientos no adaptativos, como sería el caso de la conducta violenta. Asimismo, es congruente con la idea de que ciertas experiencias aversivas vividas en la infancia contribuyen al riesgo de desarrollo de conductas violentas en el futuro (p. ej., Downs et al., 1996; D. G. Dutton, 2007; D. G. Dutton y Hart, 1992; Ehrensaft et al., 2003; Holtzworth-Munroe et al, 1997; Hotaling y Sugarman, 1986; Kalmuss 1984; Magdol, et al., 1998; Marshall y Rose, 1988, 1990; Rosenbaum y Leisring, 2003; Stith et al. 2000; Widom, 1989).

9. LIMITACIONES

Este estudio no está exento de limitaciones. Una de las principales limitaciones se encuentra en la muestra de agresores de pareja. Así, nuestra muestra se compone únicamente de hombres que tienen una sentencia condenatoria por violencia contra la pareja y que o bien han iniciado o van a iniciar un tratamiento en programas psicológicos especializados debido a una imposición judicial o penitenciaria. Por este motivo, no representa el amplio espectro de hombres agresores. Existe un alto porcentaje de agresores de pareja que no se encuentran en tratamiento o no han sido denunciados y por lo tanto no ha sido posible el acceso a los mismos para formar parte de este estudio. Asimismo, existen otros hombres que se encuentran en tratamiento de forma voluntaria en otros centros de nuestra comunidad autónoma, pero no se ha accedido a los mismos. Por estos motivos, los resultados de este estudio no son extrapolables a toda la población de agresores de pareja.

Por otra parte, la segunda limitación de este estudio se encuentra en el uso exclusivo de autoinformes para medir las variables. Si bien, los autoinformes son adecuados para la evaluación de aspectos tales como esquemas cognitivos, hubiese sido interesante haber combinado autoinformes con medidas de otros informantes para, por ejemplo, la evaluación de la conducta violenta. La tercera limitación detectada es la que hace referencia al estudio de los estilos de crianza parentales. En este sentido, los participantes tenían que recordar como se habían comportado sus padres o sus figuras parentales durante su desarrollo. Este recuerdo puede ser susceptible de diferentes sesgos (p. ej., dificultades de memoria, distorsión del recuerdo).

La cuarta limitación es la que hace referencia a la deseabilidad social. En este estudio no se ha considerado la evaluación de este factor y dado que es conocido que en la evaluación de los perpetradores de la violencia íntima influyen factores como la deseabilidad social y si tenemos en cuenta que nuestra muestra de agresores de pareja se encuentra en un programa

de tratamiento de forma involuntaria, es posible que sus respuestas hayan sido influidas por este factor y que algunos de éstos hombres intenten dar una imagen agradable a sus terapeutas y en este caso examinadores.

La quinta limitación se encuentra en la evaluación de los trastornos de la personalidad. Así, en este estudio únicamente se han incluido los trastornos de la personalidad más citados en la bibliografía de agresores de pareja, debido a que no se ha considerado oportuno hacer excesivamente extensa la batería de pruebas para no crear una resistencia a participar en el estudio o responder a todos los cuestionarios.

Por último, otra de las limitaciones de este estudio es su naturaleza transversal, lo cual nos impide establecer las relaciones de causalidad entre las variables estudiadas. Así, no podemos establecer que los esquemas cognitivos disfuncionales fueran previos al ejercicio de la violencia en la relación íntima ni previos al desarrollo de los trastornos de la personalidad.

10. CONCLUSIONES E IMPLICACIONES

Los agresores de pareja de este estudio presentan una alta prevalencia de rasgos clínicos o trastornos de la personalidad (76%), siendo los más predominantes los problemas de personalidad característicos del trastorno obsesivo-compulsivo, narcisista y paranoide de la personalidad.

La intervención psicológica con agresores de pareja es un tema que, a pesar de ser controvertido, es un requisito necesario de cara no sólo a la prevención de conductas agresivas hacia la pareja con la que se ha mantenido una relación y se ha ejercido la violencia, sino también por la posibilidad de que esa persona tenga otras relaciones de pareja en el futuro y pueda ejercer nuevamente la violencia.

Si tenemos en consideración la gran prevalencia de rasgos clínicos y trastornos de personalidad en nuestra muestra de agresores de pareja, así como la gran prevalencia encontrada en otros estudios, es comprensible plantearse que una intervención psicológica dirigida a este tipo de población tiene también que centrarse en estos aspectos de cara a un tratamiento integral.

En cuanto a los esquemas disfuncionales tempranos clínicos, los agresores de pareja tienen una alta prevalencia de los mismos, siendo los más predominantes los que se han relacionado con la conducta violenta en estudios previos: EDTs de abandono y abuso del dominio de rechazo y desconexión y los EDTs de autocontrol insuficiente y grandiosidad del dominio de límites deteriorados. Asimismo, hay una elevada presencia del EDT de subyugación, perteneciente al dominio de foco hacia los demás. Además, los agresores de pareja muestran un perfil cognitivo que difiere en prácticamente la totalidad de los EDTs en su comparación con el grupo de contraste, a excepción de los EDTs de grandiosidad y autocontrol insuficiente. Esto indica que las variables cognitivas son un factor importante a considerar en cuanto a su relación con la violencia íntima. Estas variables, que son

consideradas las estructuras que modulan la percepción sobre uno mismo, los demás y el mundo, distorsionan o sesgan de manera específica y de forma sistemática los procesos implicados en la percepción, memoria y análisis inferencial y por lo tanto producen patrones de pensamiento disfuncionales que pueden conllevar comportamientos no adaptativos.

Diferentes estudios han encontrado que existen diferencias entre los hombres violentos y los no violentos en relación a cogniciones parcialmente superficiales como pueden ser las atribucionales, pero hasta la fecha y en nuestro conocimiento no existe ningún estudio que valore las estructuras cognitivas subyacentes en los agresores de pareja.

Además, en nuestro estudio, estas estructuras o esquemas disfuncionales tempranos se han asociado de forma persistente con los trastornos de la personalidad estudiados, por lo que podemos interpretar que estos rasgos clínicos y trastornos de personalidad podrían estar vinculados a los esquemas disfuncionales tempranos.

Asimismo, el grupo de agresores de pareja presenta unos estilos de crianza parentales recordados más disfuncionales que el grupo de contraste, lo que es coherente con la idea de que el entorno y el funcionamiento familiar durante el crecimiento puede influir en patrones de agresividad y violencia en el futuro y, por lo tanto, que unos estilos parentales disfuncionales pueden ser unos de los factores de riesgo implicados en el desarrollo de la violencia de pareja. Aunque los agresores de pareja de nuestra muestra presentaban un elevado porcentaje de estilos de crianza disfuncionales clínicamente significativos, los más predominantes han sido la inhibición emocional, el autosacrificio, la hipercrítica o estándares inflexibles, el apego, la negatividad o pesimismo, la punitividad, la grandiosidad y la vulnerabilidad al daño.

Los estilos de crianza disfuncionales se han asociado de forma persistente tanto con los esquemas disfuncionales tempranos (a excepción del dominio parental de foco en los

demás) como con los rasgos clínicos y trastornos de la personalidad en nuestra muestra de agresores de pareja.

Los resultados de este estudio muestran en general una relación consistente de casi todas las variables estudiadas. Así, parecen indicar que las variables cognitivas estudiadas son elementos importantes y a tener en consideración por su posible incidencia directa en los rasgos clínicos y trastornos de la personalidad. Asimismo, parece que las experiencias de crianza parentales parecen incidir directamente tanto en el desarrollo de esquemas cognitivos disfuncionales como en el desarrollo de los trastornos de la personalidad.

En cuanto al papel mediador de las variables cognitivas, los resultados muestran que ciertos dominios de esquemas disfuncionales tempranos median en la relación entre los estilos de crianza parentales disfuncionales y casi la totalidad de los trastornos de personalidad estudiados en los agresores de pareja, a excepción del trastorno narcisista de la personalidad. Estos resultados apoyan la idea de que ciertas experiencias de crianza disfuncionales durante el desarrollo facilitan el desarrollo de unas estructuras cognitivas (esquemas) sobre uno mismo, los demás y el mundo disfuncionales que determinan el desarrollo de ciertos rasgos clínicos de la personalidad. Además, se ha encontrado que los esquemas disfuncionales tempranos del dominio de rechazo y desconexión tienen un papel mediador entre los estilos parentales disfuncionales de desconexión y rechazo y de autonomía deteriorada y la violencia física, lo que contribuye a la idea de que ciertos ambientes familiares disfuncionales, como aquellos en los que existe abuso, frialdad indiferencia y rechazo, facilitan el desarrollo de creencias negativas relacionadas con la posibilidad de una futura satisfacción de las necesidades afectivas básicas y determina el aumento del riesgo de que se ejerza la violencia física contra la pareja.

Los resultados tienen implicaciones para los tratamientos. Si tenemos en consideración que otros estudios que han valorado diferentes aspectos cognitivos de los

agresores de pareja consideran que estos hombres se diferencian de los no violentos en procesos cognitivos sesgados como puede ser el análisis inferencial y partiendo de la base de que estos procesos están guiados por creencias centrales o esquemas disfuncionales tempranos, podemos entonces pensar que si se dirige la atención hacia la modificación de estas estructuras se realizará un cambio en la forma en la que se realiza el procesamiento de la información, contribuyendo de esta manera al cambio terapéutico.

Además, los resultados alertan sobre la prevalencia importante de trastornos de la personalidad en los agresores de pareja. En la actualidad, los programas de tratamiento de hombres agresores incluyen múltiples objetivos y estrategias de intervención, pero pocos son los enfocados a los trastornos de la personalidad y, en nuestro conocimiento, aunque la gran mayoría de ellos incluye los esquemas relativos al uso de la violencia y los roles masculino y femenino, ninguno ha sido enfocado a los esquemas disfuncionales tempranos.

Por lo tanto, parece que estas estructuras cognitivas son elementos importantes a considerar en los agresores de pareja y que sería adecuado considerar la inclusión de su modificación en las intervenciones terapéuticas con este tipo de población.

La terapia centrada en los esquemas es una terapia integradora que aúna los enfoques cognitivo-conductual, gestáltico, de apego, constructivista y elementos dinámicos. Así, el objetivo del cambio terapéutico se centra en diversas estrategias: las técnicas cognitivas, los ejercicios experienciales, la propia relación terapéutica y la ruptura de los patrones de comportamiento. El objetivo central de este cambio terapéutico se centra en la modificación de los esquemas cognitivos tempranos, por lo que podríamos pensar que incluir aspectos de esta terapia en las intervenciones con agresores de pareja podría servir de ayuda para una intervención integral del problema de la violencia contra la pareja.

11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abel, G., Gore, D., Holland, C. L., Camp, N., Becker, J. y Rathner, J. (1989). The measurement of the cognitive distortions of child molesters. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 2(2), 135-152.
- Adams, A. E., Sullivan, C. M., Bybee, D. y Greeson, M. R. (2008). Development of the scale of economic abuse. *Violence Against Women*, 14(5), 563-588. doi:10.1177/1077801208315529.
- Agencia Europa Press. (30 de noviembre de 2010). La violencia de género es la tercera causa de ingreso de hombres en prisión en España. *Radio Televisión Española, Rtve.es*, Disponible en: <http://www.rtve.es/noticias/20101130/violencia-genero-tercera-causa-ingreso-hombres-prision-espana/377820.shtml>
- Aguar-Fernández, M., Delgado-Sánchez, A., Castellano-Arroyo, M. y Luna del Castillo, J.D. (2006). Prevalencia de malos tratos en mujeres que consultan al médico de familia. *Atención Primaria / Sociedad Española De Medicina De Familia y Comunitaria*, 37(4), 241-2.
- Aguilar, R. J. y Nightingale, N. N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9(1), 35-45.
- Ainsworth, M. S. y Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333-341. doi:10.1037/0003-066X.46.4.333
- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica: Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Alford, B. A. y Beck, A. T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: The Guilford Press.
- Allen, J. y Walby, S. (2004). *Domestic violence, sexual assault and stalking: Findings from the British crime survey*. London: Home Office.
- Alonso-Grijalba, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: Validación empírica de un programa de tratamiento*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales D.S.M-IV-TR* (4ª ed. revisada). Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-III-R* (3rd ed.) American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV* (4th ed.). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (1999). Resolution on male violence against women. Disponible en: <http://www.apa.org/about/governance/council/policy/male-violence.aspx>.
- American Psychological Association. (2002). Violence and the family: Report of the APA presidential task force on violence and the family – executive summary. Disponible en: <http://www.apa.org/pi/pii/viol&fam.html>.
- 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 Health & Psychology*, 9(3), 519-539.
- Andrés Pueyo, A. y López, S. (2005). *S.A.R.A.: Manual para la valoración del riesgo de violencia contra la pareja*. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Andreu, J. M. (2009). Propuesta de un modelo integrador de la agresividad impulsiva y premeditada en función de sus bases motivacionales y socio-cognitivas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9, 85-98.
- Andreu, J. M., Peña, M. E. y Graña, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del cuestionario de agresión. *Psicothema*, 14(2), 476-482.
- Archer, J., Kilpatrick, G. y Bramwell, R. (1995). Comparison of two aggression inventories. *Aggressive Behavior*, 21(5), 371-380.
- Arias, I. y Beach, S. R. H. (1987). The assessment of social cognition in the context of marriage. En K. D. O'Leary (Ed.), *Assessment of marital discord* (pp. 109-137). Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.
- Arias, I. y Johnson, P. (1989). Evaluations of physical aggression among intimate dyads. *Journal of Interpersonal Violence*, 4(3), 298-307. doi:10.1177/088626089004003004.
- Arias, I. y O'Leary, K. D. (1988). Cognitive-behavioral treatment of physical aggression in marriage. En W. Dryden (Ed.), *Cognitive-behavioral therapy with families*. (pp. 118-150). Philadelphia, Pennsylvania: Brunner.
- Arntz, A., Genderen, H. v. y Genderen, H. v. (2009). *Schema therapy for borderline personality disorders*. Chichester, West Sussex, England: Wiley-Blackwell.
- Arntz, A., Dietzel, R. y Dreessen, L. (1999). Assumptions in borderline personality disorder: Specificity, stability and relationship with etiological factors. *Behaviour Research and Therapy*, 37(6), 545-557. doi:10.1016/S0005-7967(98)00152-1
- Atalay, H., Atalay, F., Karahan, D. y Çaliskan, M. (2008). Early maladaptive schemas activated in patients with obsessive compulsive disorder: A cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 12(4), 268-279. doi:10.1080/13651500802095004.

- Au, A., Cheung, G., Kropp, R., Yuk-chung, C., Lam, G. y Sung, P. (2008). A preliminary validation of the brief spousal assault form for the evaluation of risk (B-SAFER) in Hong Kong. *Journal of Family Violence*, 23(8), 727-735. doi:10.1007/s10896-008-9198-z.
- Ávila, A. y Jiménez, F. (1992). *Adaptación española del inventario multifásico de personalidad de minnesota -2- (MMPI-2)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Babcock, J. C., Costa, D. M., Green, C. E. y Eckhardt, C. I. (2004). What situations induce intimate partner violence? A reliability and validity study of the proximal antecedents to violent episodes (PAVE) scale. *Journal of Family Psychology*, 18(3), 433-442. doi:10.1037/0893-3200.18.3.433.
- 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 nonviolent husbands. *Journal of Family Violence*, 15(4), 391-409.
- Bachman, R. y Saltzman, L. E. (1995). *Violence against women: Estimates from the redesigned survey*. Washington, D.C.: U.S. Dept. of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.
- Baker, J. D., Capron, E. W. y Azorlosa, J. (1996). Family environment characteristics of persons with histrionic and dependent personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 10(1), 82-87.
- Ball, S. A. y Cecero, J. J. (2001). Addicted patients with personality disorders: Traits, schemas, and presenting problems. *Journal of Personality Disorders*, 15(1), 72-83. doi:10.1521/pedi.15.1.72.18642.
- Bandura, A. (1973). *Aggression: A social learning analysis*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1979). The social learning perspective: Mechanisms of aggression. En H. Toch (Ed.), *Psychology of crime and criminal justice* (pp. 198-226). New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.
- Barbour, K. A., Eckhardt, C. I., Davison, G. C. y Kassinove, H. (1998). The experience and expression of anger in maritally violent. *Behavior Therapy*, 29(2), 173. doi: 10.1016/S0005-7894(98)80001-4.
- Barnard, G. W., Vera, H., Vera, M. I. y Newman, G. (1982). Till death do us part: A study of spouse murder. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry & the Law*, 10(4), 271-280.

- Barnett, O. W., Fagan, R. W. y Booker, J. M. (1991). Hostility and stress as mediators of aggression in violent men. *Journal of Family Violence*, 6(3), 217-241. doi:10.1007/BF00980530.
- Barnett, O. W., Miller-Perrin, C. L. y Perrin, R. D. (2005). *Family violence across the lifespan: An introduction* (2nd ed.). London: Sage Publications.
- Barratt, E. S. (1985). Impulsiveness subtraits: Arousal and information processing. En J. T. Spence y C. E. Izard (Eds.), *Motivation, emotion and personality* (pp. 137-146). North Holland: Elsevier Science Publishers.
- Barrón, A. y Martínez-Iñigo, D. (1999). Atribuciones de causalidad y responsabilidad en una muestra de casados y divorciados. *Psicothema*, 11(3), 551-560.
- Barry, T. D., Thompson, A., Barry, C. T., Lochman, J. E., Adler, K. y Hill, K. (2007). The importance of narcissism in predicting proactive and reactive aggression in moderately to highly aggressive children. *Aggressive Behavior*, 33(3), 185-197. doi:10.1002/ab.20198.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178. doi:10.1177/0265407590072001.
- Basile, K. C. (2008). Histories of violent victimization among women who reported unwanted sex in marriages and intimate relationships. *Violence Against Women*, 14(1), 29-52. doi: 10.1177/1077801207311857.
- Baucom, D. H. (1987). Attributions in distressed relations: How can we explain them? En S. Duck (Ed.), *Intimate relationships: Development, dynamics, and deterioration*. (pp. 177-206). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Baumeister, R. F., Bushman, B. J. y Campbell, W. K. (2000). Self-esteem, narcissism, and aggression: Does violence result from low self-esteem or from threatened egotism? *Current Directions in Psychological Science* (Wiley-Blackwell), 9(1), 26-29. doi: 10.1111/1467-8721.00053.
- Baumeister, R. F., Smart, L. y Boden, J. M. (1996). Relation of threatened egotism to violence and aggression: The dark side of high self-esteem. *Psychological Review*, 103(1), 5-33. doi:10.1037/0033-295X.103.1.5.
- Baumrind, D. (1991). Parenting styles and adolescent development. En I. I. Brooks-Gunn, R. L. Learner & A. D. Petersen (Eds.), *The encyclopedia of adolescence* (pp. 746-758). Nueva York: Garland.
- Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*, 4(12), 1-103. doi:10.1037/h0030372.
- Beasley, R. y Stoltenberg, C. D. (1992). Personality characteristics of male spouse abusers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 23(4), 310-317. doi:10.1037/0735-7028.23.4.310.

- Beck, A. T. (1969). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. London: Staples Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American Psychologist*, 46(4), 368-375. doi:10.1037/0003-066X.46.4.368.
- Beck, A. T. (2003). *Prisioneros del odio: Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I. y Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 179-183. doi:10.1037/0021-843X.96.3.179.
- Beck, A. T., Freeman, A., Davis, D. y otros. (2005). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad* (2nd ed.). Barcelona: Paidós.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Emery, G. y Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Beck, J. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York: The Guilford Press.
- Belfrage, H. y Rying, M. (2004). Characteristics of spousal homicide perpetrators: A study of all cases of spousal homicide in Sweden 1990-1999. *Criminal Behaviour & Mental Health*, 14(2), 121-133. doi: 10.1002/cbm.577.
- Benjamin, L. S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Bennett, L. W., Tolman, R. M., Rogalski, C. J. y Srinivasaraghavan, J. (1994). Domestic abuse by male alcohol and drug addicts. *Violence and Victims*, 9(4), 59-368.
- Berkowitz, L. (1993). Towards a general theory of anger and emotional aggression: Implications of the cognitive-neoassociationistic perspective for the analysis of anger and other emotions. En R. S. Wyer y T. K. Srull (Eds.), *Perspectives on anger and emotion. Advances in social cognition. Vol. 6* (pp. 1-46). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Berkowitz, L. (1999). Anger. En T. Dalgleish y M. Power (Eds.), *Handbook of cognition and emotion* (pp. 411-428). Chichester: John Wiley & Sons.
- Bernstein, D. P. (2002). Cognitive therapy of personality disorders in patients with histories of emotional abuse or neglect. *Psychiatric Annals*, 32(10), 618-628.
- Bernstein, D. P. (2005). Schema therapy for personality disorders. En S. Strack (Ed.), *Handbook of personology and psychopathology*. (pp. 462-477). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Bernstein, D. P. y Useda, J. D. (2007). Paranoid personality disorder. En S. O. Lilienfeld (Ed.), *Personality disorders: Toward the DSM-V*. (pp. 41-62). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Bertino, L., Calvete, E., Pereira, R., Orúe, I., Montes, Y. y González-Díez, Z. (en prensa). El prisma de la violencia filio-parental: Diferentes visiones de un mismo fenómeno.
- Blazina, C. y Watkins, C. E. (2000). Separation/individuation, parental attachment, and male gender role conflict: Attitudes toward the feminine and the fragile masculine self. *Psychology of Men & Masculinity*, 1(2), 126-132. doi:10.1037/1524-9220.1.2.126.
- Blumenthal, S., Gudjonsson, G. y Burns, J. (1999). Cognitive distortions and blame attribution in sex offenders against adults and children. *Child Abuse & Neglect*, 23(2), 129-143. doi: 10.1016/S0145-2134(98)00117-3.
- Bogard, M. (1988). How battered abusive men account for domestic violence: Excuses, justifications, or explanations? En G. T. Hotaling, D. Finkelhor, J. T. Kirkpatrick & M. A. Straus (Eds.), *Coping with family violence: Research and policy perspectives* (pp. 60-70). Newbury Park, California: Sage Publications.
- Bonilla, A. (1998). Los roles de género. En J. Fernández (Ed.), *Género y sociedad* (pp. 141-176). Madrid: Pirámide.
- Bonilla, J. y Fernández Guinea, S. (2006). Neurobiología y neuropsicología de la conducta antisocial. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 6(1-2), 67-81.
- Bookwala, J., Frieze, I. H., Smith, C. y Ryan, K. (1992). Predictors of dating violence: A multivariate analysis. *Violence and Victims*, 7(4), 297-311.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G. y Castonguay, L. G. (2003). Cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder with integrations from interpersonal and experiential therapies. *CNS Spectrums*, 8(5), 382-389.
- Bornstein, R. F. (2006). The complex relationship between dependency and domestic violence: Converging psychological factors and social forces. *American Psychologist*, 61(6), 595-606. doi:10.1037/0003-066X.61.6.595.
- Bosch, E. y Ferrer, V. A. (2002). *La voz de las invisibles: Las víctimas de un mal amor que mata*. Valencia: Universitat de Valencia. Ediciones Cátedra.

- Bowlby, J. (1979). *The making and breaking of affectional bonds*. London: Tavistock Publications Limited.
- Boyle, D. J. y Vivian, D. (1996). Generalized versus spouse-specific Anger/Hostility and men's violence against intimates. *Violence and Victims, 11*(4), 293-317.
- Bradbury, T. N. y Fincham, F. D. (1990). Attributions in marriage: Review and critique. *Psychological Bulletin, 107*(1), 3-33. doi:10.1037/0033-2909.107.1.3.
- Brainerd, E. G., Hunter, P. A., Moore, D. y Thompson, T. R. (1996). Jealousy induction as a predictor of power and the use of other control methods in heterosexual relationships. *Psychological Reports, 79*(3), 1319-1325.
- Brewer, V. E. y Paulsen, D. J. (1999). A comparison of U.S. and Canadian findings on uxoricide risk for women with children sired by previous partners. *Homicide Studies, 3*(4), 317.
- Brisson, N. J. (1981). Battering husbands: A survey of abusive men. *Victimology, 6* (1-4), 338-344.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: Experimentos en entornos naturales y diseñados* [The ecology of human development]. Barcelona: Paidós.
- Brotchie, J., Meyer, C., Copello, A., Kidney, R. y Waller, G. (2004). Cognitive representations in alcohol and opiate abuse: The role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology, 43*(3), 337-342. doi: 10.1348/0144665031752916.
- Browne, A. (1993). Violence against women by male partners: Prevalence, outcomes, and policy implications. *American Psychologist, 48*(10), 1077-1087. doi:10.1037/0003-066X.48.10.1077.
- Buesa, S. (2009). *Impacto de la violencia en las relaciones de pareja en la salud mental de las mujeres víctimas: Papel de elementos cognitivos y efecto amortiguador del apoyo social percibido*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Deusto, Bilbao.
- Burke, J. G., Denison, J. A., Gielen, A. C., McDonnell, K. A. y O'Campo, P. (2004). Ending intimate partner violence: An application of the transtheoretical model. *American Journal of Health Behavior, 28*(2), 122-133.
- Burks, B. K. (2006). Emotional abuse of women. En P. K. Lundberg-Love y S. L. Marmion (Eds.), *Intimate violence against women: When spouses, partners, or lovers attack* (pp. 15-30). Westport, CT: Praeger Publishers.
- Burks, V. S., Laird, R. D., Dodge, K. A., Pettit, G. S. y Bates, J. E. (1999). Knowledge structures, social information processing, and Children's aggressive behavior. *Social Development, 8*(2), 220-236. doi: 10.1111/1467-9507.00092.
- Bushman, B. J. y Anderson, C. A. (2001). Is it time to pull the plug on the hostile versus instrumental aggression dichotomy? *Psychological Review, 108*(1), 273.

- Bushman, B. J. y Baumeister, R. F. (1998). Threatened egotism, narcissism, self-esteem, and direct and displaced aggression: Does self-love or self-hate lead to violence? *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(1), 219-229. doi:10.1037/0022-3514.75.1.219.
- Buss, D. M. (2000). *The dangerous passion: Why jealousy is as necessary as love and sex*. New York: Free Press.
- Buttell, F., Muldoon, J. y Carney, M. (2005). An application of attachment theory to court-mandated batterers. *Journal of Family Violence*, 20(4), 211-217. doi:10.1007/s10896-005-5984-z.
- Byrne, C. A. y Arias, I. (1997). Marital satisfaction and marital violence: Moderating effects of attributional processes. *Journal of Family Psychology*, 11(2), 188-195. doi:10.1037/0893-3200.11.2.188.
- Caballo, V. E. (1998). Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Formulación clínica, medicación conductual y trastornos de relación*. (1ª ed., pp. 509-549). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Cadsky, O. y Crawford, M. (1988). Establishing batterer typologies in a clinical sample of men who assault their female partners. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7(2), 119-127.
- Cai, J., Gu, Y. y Yao, S. (2010). Screening for personality disorders among chinese prison inmates. *Psychiatric Services*, 61(9) doi:10.1176/appi.ps.61.9.947.
- Calvete, E. (2008a). Características de salud mental de los hombres que maltratan a su pareja. *Revista Española De Sanidad Penitenciaria*, 10(2), 26-33. doi:10.4321/S1575-06202008000200004.
- Calvete, E. (2008b). Justification of violence and grandiosity schemas as predictors of antisocial behavior in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(7), 1083-1095. doi: 10.1007/s10802-008-9229-5.
- Calvete, E. y Connor-Smith, J. (2005). Automatic thoughts and psychological symptoms: A cross-cultural comparison of American and Spanish students. *Cognitive Therapy & Research*, 29(2), 201-217. doi:10.1007/s10608-005-3165-2
- Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2007a). Cognitive and coping mechanisms in the interplay between intimate partner violence and depression. *Anxiety, Stress & Coping*, 20(4), 369-382. doi:10.1080/10615800701628850
- Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2007b). Factor structure and validity of the revised conflict tactics scales for Spanish women. *Violence Against Women*, 13(10), 1072-1087. doi:10.1177/1077801207305933
- Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2008). Coping as a mediator and moderator between intimate partner violence and symptoms of anxiety and depression. *Violence Against Women*, 14(8), 886-904. doi:10.1177/1077801208320907

- Calvete, E. y Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21(1), 49-56.
- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007a). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: Cognitive schemas as moderators and mediators. *Behaviour Research & Therapy*, 45(4), 791-804. doi:10.1016/j.brat.2006.07.006
- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007b). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19(3), 446-451.
- Calvete, E., Estévez, A., Landín, C., Martínez, Y., Cardeñoso, O., Villardón, L. y Villa, A. (2005). Self-talk and affective problems in college students: Valence of thinking and cognitive content specificity. *The Spanish Journal of Psychology*, 8(1), 56-67.
- Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E. y Ruiz, P. (2005). The schema questionnaire-short form: Structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 90-99. doi:10.1027/1015-5759.21.2.90
- Calvete, E. y Orúe, I. (2008). Ansiedad social y esquemas cognitivos disfuncionales. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 16(1), 5-21.
- Calvete, E. y Orúe, I. (2009). Evaluación del procesamiento de la información social en adolescentes españoles y su asociación a la conducta agresiva. *Psicología Conductual* 17 (3), 523-542.
- Calvete, E. y Orúe, I. (2010). Cognitive schemas and aggressive behavior in adolescents: The mediating role of social information processing. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(1), 190-201.
- Calvete, E., Orúe, I. y Sampedro, R. (en prensa). Violencia filio-parental en la adolescencia: Rasgos contextuales y personales. *Infancia y Aprendizaje*.
- Campbell, J. C. (1995). *Assessing dangerousness: Violence by sexual offenders, batterers, and child abusers*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08336-8.
- Campbell, J. C., Webster, D. W. y Glass, N. (2009). The danger assessment: Validation of a lethality risk assessment instrument for intimate partner femicide. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(4), 653-674. doi:10.1177/0886260508317180
- Campbell, J. C., Webster, D., Koziol-McLain, J., Block, C., Campbell, D., Curry, M. A. y Laughon, K. (2003). Risk factors for femicide in abusive relationships: Results from a multisite case control study. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1089-1097. doi: 10.2105/AJPH.93.7.1089.

- Cano, A., Avery-Leaf, S., Cascardi, M. y O'Leary, K. D. (1998). Dating violence in two high school samples: Discriminating variables. *The Journal of Primary Prevention*, 18(4), 431-446. doi: 10.1023/A:1022653609263.
- Cantos, A. L., Neidig, P. H. y O'Leary, K. D. (1993). Men and women's attributions of blame for domestic violence. *Journal of Family Violence*, 8(4), 289-302. doi:10.1007/BF00978094.
- Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación del cuestionario MCMI-III al español (Millon Clinical Multiaxial Inventory) de Millon (1997)*. Madrid: Tea Ediciones.
- Cardenal, V., Sánchez, M. P. y Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de millon: Una propuesta integradora.. *Clinica y Salud*, 18(3), 305-324.
- Carr, J. L. y VanDeusen, K. M. (2002). The relationship between family of origin violence and dating violence in college men. *Journal of Interpersonal Violence*, 17(6), 630-646. doi: 10.1177/0886260502017006003.
- Carr, S. N. y Francis, A. J. P. (2009). Childhood familial environment, maltreatment and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical sample: A cognitive behavioural perspective. *Clinical Psychologist*, 13(13), 28-37. doi:10.1080/13284200802680476.
- Carr, S. N. y Francis, A. J. P. (2010). Early maladaptive schemas and personality disorder symptoms: An examination in a non-clinical sample. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 83(4), 333-349. doi: 10.1348/147608309X481351
- Carrasco, M. A. y González, M. J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: Definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, (4), 7-38.
- Cascardi, M. y O'Leary, K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7(4), 249-259. doi:10.1007/BF00994617.
- Casera, X., Fullana, M. A. y Torrubia, R. (2002). El trastorno disocial. En M. Servera (Ed.), *Intervención en los trastornos del comportamiento infantil: Una perspectiva conductual de sistemas* (pp. 277-302). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Castro, J. (2005). Disciplina y estilo educativo familiar. En L. Ezpeleta (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 319-336). Barcelona: Masson.
- 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(2), 155-166. doi:10.1177/0886260504268763.
- Cecero, J. J., Nelson, J. D. y Gillie, J. M. (2004). Tools and tenets of schema therapy: Toward the construct validity of the early maladaptive schema questionnaire-research version (EMSQ-R). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 11(5), 344-357. doi: 10.1002/cpp.401.

- Centro Reina Sofia para el Estudio de la Violencia. (2010). *Informe mujeres asesinadas en españa por su pareja (2000-2009)*. Valencia: Centro Reina Sofía.
- Chambers, A. L. y Wilson, M. N. (2007). Assessing male batterers with the Personality Assessment Inventory. *Journal of Personality Assessment*, 88(1), 57-65. doi:10.1207/s15327752jpa8801_08.
- 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(3), 567-572. doi:10.1037/0022-006X.69.3.567.
- Chase, K. A., Treboux, D., O'Leary, K. D. y Strassberg, Z. (1998). Specificity of dating aggression and its justification among high-risk adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 26(6), 467-473. doi: 10.1023/A:1022651818834
- Chiffriller, S. H. y Hennessy, J. J. (2010). An empirically generated typology of men who batter. *Victims & Offenders*, 5(1), 1-24. doi:10.1080/15564880903048552.
- Chiffriller, S. H., Hennessy, J. J. y Zappone, M. (2006). Understanding a new typology of batterers: Implications for treatment. *Victims & Offenders*, 1(1), 79-97. doi:10.1080/15564880500263182.
- Choi, A. y Edleson, J. L. (1996). Social disapproval of wife assaults: A national survey of singapore. *Journal of Comparative Family Studies*, 27(1), 73-88.
- Cid, J., Tejero, A. y Torrubia, R. (1997). *Adaptación española del cuestionario de esquemas de Young*. Manuscrito no publicado.
- Cid, J. y Torrubia, R. (2002, Septiembre). *Schema as a construct in cognitive behavioral therapy: A study of psychometric validity using the young schema questionnaire*. Communication presented in the XXXII European Association for Behavioural & Cognitive Therapies. Maastrich, Netherlands.
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (1997). Estado de la cuestión en la teoría y la terapia cognitiva. En I. Caro (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas* (3rd ed., pp. 119-127). Barcelona: Paidós.
- Clark, D. A. y Beck, A. T. (1989). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. En D. Watson (Ed.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. (pp. 379-411). San Diego, California: Academic Press.
- Clark, D. A., Beck, A. T. y Alford, B. A. (1999). *Scientific foundations of cognitive theory and therapy of depression*. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Clark, D. A., Beck, A. T. y Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the content-specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(6), 958-964. doi:10.1037/0022-3514.56.6.958.

- Clements, C. M., Sabourin, C. M. y Spiby, L. (2004). Dysphoria and hopelessness following battering: The role of perceived control, coping, and self-esteem. *Journal of Family Violence, 19*(1), 25-36. doi: 0.1023/B:JOFV.0000011580.63593.96.
- Cockram, D. M., Drummond, P. D. y Lee, C. W. (2010). Role and treatment of early maladaptive schemas in Vietnam veterans with PTSD. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 17*(3), 165-182. doi: 10.1002/cpp.690.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Columbus Coalition Against Family Violence. (2003). *Domestic violence victim report: A survey of identified domestic violence victims in franklin county*. Documento obtenido el 23 de marzo de 2011 en: http://www.ccafv.org/docs/dv_victim_report.pdf
- Cooper, M. J. y Eaves, D. (1996). Suicide following homicide in the family. *Violence and Victims, 11*(2), 99-112.
- Cooper, M. J., Rose, K. S. y Turner, H. M. (2006). The specific content of core beliefs and schema in adolescent girls high and low in eating disorder symptoms. *Eating Behaviors, 7*(1), 27-35. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.05.007.
- Coopersmith, S. (1981). *The antecedents of self-esteem*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Corral, S. y Calvete, E. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja mediante las escalas de tácticas para conflictos: Estructura factorial y diferencias de género en jóvenes. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 14*(2), 215-233.
- Corsi, J., Dohmen, M. L., Sotés, M. A. y Bonino, L. (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.
- Council of Europe. (2002). *Recommendation rec(2002)5 of the Committee of Ministers to member states on the protection of women against violence*. Adopted on 30 April 2002. Strasbourg, France: Organization for Security and Co-operation in Europe]. Disponible en: <https://wcd.coe.int/wcd/ViewDoc.jsp?id=280915>
- Craig, R. J. (1999). Overview and current status of the Millon Clinical Multiaxial Inventory. *Journal of Personality Assessment, 72*(3), 390-406. doi: 10.1207/S15327752JP720305.
- Craig, R. J. (2003). Use of the Millon Clinical Multiaxial Inventory in the psychological assessment of domestic violence: A review. *Aggression and Violent Behavior, 8*(3), 235-243. doi:DOI: 10.1016/S1359-1789(01)00058-1.
- Craig, R. J. (2006). The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III. En R. P. Archer (Ed.), *Forensic uses of clinical assessment instruments*. (pp. 121-145). Mahwah, NJ.: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

- Craig, R. J. y Weinberg, D. (1992). Assessing drug abusers with the Millon Clinical Multiaxial Inventory: A review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9(3), 249-255. doi:10.1016/0740-5472(92)90068-Y.
- Crandell, C. J. y Chambless, D. L. (1986). The validation of an inventory for measuring depressive thoughts: The Crandell Cognitions Inventory. *Behaviour Research and Therapy*, 24(4), 403-411. doi: 10.1016/0005-7967(86)90005-7.
- Crick, N. R. y Dodge, K. A. (1994). A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. *Psychological Bulletin*, 115(1), 74-101. doi:10.1037/0033-2909.115.1.74.
- Crick, N. R. y Dodge, K. A. (1996). Social information-processing mechanisms in reactive and proactive aggression. *Child Development*, 67(3), 993-1002. doi:10.1111/1467-8624.ep9704150179.
- Crossman, R. K., Stith, S. M. y Bender, M. M. (1990). Sex role egalitarianism and marital violence. *Sex Roles*, 22(5-6), 293-304. doi:10.1007/BF00288335.
- Crowell, N. A. y Burgess, A. W. (1996). *Understanding violence against women*. Washington, DC.: American Psychological Association. doi:10.1037/10204-000.
- Daly, J. E. y Pelowski, S. (2000). Predictors of dropout among men who batter: A review of studies with implications for research and practice. *Violence and Victims*, 15(2), 137-160.
- Daly, M. y Wilson, M. (1988). *Homicide*. New York: A. de Gruyter.
- Daly, M., Wilson, M. I. y Weghorst, S. J. (1982). Male sexual jealousy. *Ethology & Sociobiology*, 3(1), 11-27. doi:10.1016/0162-3095(82)90027-9.
- Danesh, H. B. (1977). Anger and fear. *The American Journal of Psychiatry*, 134(10), 1109-1112.
- Dattilio, F. M. y Padesky, C. A. (1990). *Cognitive therapy with couples*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange, Inc.
- Davis, K. E., Ace, A. y Andra, M. (2000). Stalking perpetrators and psychological maltreatment of partners: Anger-jealousy, attachment insecurity, need for control, and break-up context. *Violence and Victims*, 15(4), 407-425.
- de Ruiter, C. y Greeven, P. G. J. (2000). Personality disorders in a Dutch forensic psychiatric sample: Convergence of interview and self-report measures. *Journal of Personality Disorders*, 14(2), 162-170. doi: 10.1002/cbm.594.
- Decouvelaere, F., Graziani, P., Gackière-Eraldi, D., Rusinek, S. y Hautekète, M. (2002). Hypothèse de l'existence et de l'évolution de schémas cognitifs mal adaptés chez l'alcoololo-dépendant. *Journal De Thérapie Comportementale Et Cognitive*, 12(2), 43-48. doi: jtcc-06-2002-12-2-1155-1704-101019-art3.

- DeKeseredy, W. S. y Schwartz, M. D. (2001). Definitional issues. En C. M. Renzetti, J. L. Edleson & R. K. Bergen (Eds.), *The sourcebook on violence against women* (pp. 22-34). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Delsol, 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(3), 635-651. doi:10.1111/j.1741-3737.2003.00635.x.
- Derksen, J. J. L. (1995). *Personality disorders: Clinical and social perspectives: Assessment and treatment based on DSM-IV and ICD-10*. Chichester ; New York: Wiley.
- Derogatis, L. R. (1975a). *Brief Symptom Inventory*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1975b). *The SCL-90-R*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Derogatis, L. R. (1977). *The SCL-R-90 manual I: Scoring, administration and procedures for the SCL-90*. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Díaz-Aguado, M., Martínez Arias, R. e Instituto de la Mujer. (2002). *Guía de buenas prácticas para paliar los efectos de la violencia contra las mujeres y conseguir su erradicación*. Madrid: Presidencia de la Unión Europea.
- Dickson, J., Tinwell, C., Booth, P. y McGuire, J. (2010). Maladaptive cognitive schemas in alcohol dependence: Changes associated with a brief residential abstinence program. *Cognitive Therapy and Research*, 34(3), 207-215. doi: 10.1007/s10608-009-9252-z
- Diputación Foral de Bizkaia. (2006). *Cifras de violencia contra las mujeres en la Unión Europea*. Documento obtenido el 26 de septiembre de 2010 en: http://www.bizkaia.net/Gizartekintza/Genero_Indarkeria/pdf/dokumentuak/Cifras_UE_2006.pdf .Bizkaia: Diputación Foral de Bizkaia.
- Dixon, L. y Browne, K. (2003). The heterogeneity of spouse abuse: A review. *Aggression and Violent Behavior*, 8(1), 107-130. doi:10.1016/S1359-1789(02)00104-0.
- Dobash, R. E. y Dobash, R. P. (1979). *Violence against wives: A case against the patriarchy*. New York: Free Press.
- Dobash, R. E. y Dobash, R. P. (1997). Men's violence and programmes focused on change. *Journal of Current Issues in Criminal Justice*, 8(3), 243-262.
- Dobash, R. P., Dobash, R. E., Cavanagh, K. y Lewis, R. (1998). Separate and intersecting realities: A comparison of men's and women's accounts of violence against women. *Violence Against Women*, 4(4), 382-415. doi:10.1177/1077801298004004002.
- Dodge, K. A. (1986). A social information processing model of social competence in children. En M. Perlmutter (Ed.), *Minnesota symposium on child psychology* (Vol. 18 ed., pp. 77-125). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Dodge, K. A. (1991). Emotion and social information processing. En K. A. Dodge (Ed.), *The development of emotion regulation and dysregulation*. (pp. 159-181). Cambridge: Cambridge University Press.
- Dodge, K. A., Coie, J. D. y Lynam, D. (2006). Aggression and antisocial behavior. En N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology. vol. 3. Social, emotional, and personality development* (6th ed., pp. 719-788). New York: Wiley.
- Dodge, K. A., Lansford, J. E., Burks, V. S., Bates, J. E., Pettit, G. S., Fontaine, R. y Price, J. M. (2003). Peer rejection and social information-processing factors in the development of aggressive behavior problems in children. *Child Development*, 74(2), 374-393. doi: 10.1111/1467-8624.7402004.
- Dodge, K. A., Lochman, J. E., Harnish, J. D., Bates, J. E. y Pettit, G. S. (1997). Reactive and proactive aggression in school children and psychiatrically impaired chronically assaultive youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 37-51. doi:10.1037/0021-843X.106.1.37.
- Doumas, D., Margolin, G. y John, R. S. (1994). The intergenerational transmission of aggression across three generations. *Journal of Family Violence*, 9(2), 157-175. doi:10.1007/BF01531961.
- Downs, W. R., Smyth, N. J. y Miller, B. A. (1996). The relationship between childhood violence and alcohol problems among men who batter: An empirical review and synthesis. *Aggression and Violent Behavior*, 1(4), 327-344. doi:DOI: 10.1016/S1359-1789(96)00006-7.
- Dozois, D. J. A., Frewen, P. A. y Covin, R. A. (2006). Cognitive theories . En M. Hersen, J. C. Thomas & D. L. Segal (Eds.), *Comprehensive handbook of personality and psychopathology: Vol. 1. Personality and everyday functioning* (pp. 173-191). New York: John Wiley & Sons.
- Dozois, D. J. A., Martin, R. A. y Bieling, P. J. (2009). Early maladaptive schemas and Adaptive/Maladaptive styles of humor. *Cognitive Therapy & Research*, 33(6), 585-596. doi:10.1007/s10608-008-9223-9.
- Dugas, M. J., Gosselin, P. y Ladouceur, R. (2001). Intolerance of uncertainty and worry: Investigating specificity in a nonclinical sample. *Cognitive Therapy and Research*, 25(5), 551-558. doi:10.1023/A:1005553414688.
- Dutton, D. G. (1986). Wife assaulter's explanations for assault: The neutralization of self-punishment. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue Canadienne Des Sciences Du Comportement*, 18(4), 381-390. doi:10.1037/h0079964.
- Dutton, D. G. (1988). Profiling of wife assaulters: Preliminary evidence for a trimodal analysis. *Violence and Victims*, 3(1), 5-29.
- Dutton, D. G. (1994a). Behavioral and affective correlates of borderline personality organization in wife assaulters. *International Journal of Law and Psychiatry*, 17(3), 265-277. doi:10.1016/0160-2527(94)90030-2.

- Dutton, D. G. (1994b). The origin and structure of the abusive personality. *Journal of Personality Disorders*, 8(3), 181-191.
- Dutton, D. G. (1995a). Intimate abusiveness. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(3), 207-224. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00040.x.
- Dutton, D. G. (1995b). A scale for measuring propensity for abusiveness. *Journal of Family Violence*, 10(2), 203-221. doi: 10.1007/BF02110600.
- Dutton, D. G. (1995c). Trauma symptoms and PTSD-like profiles in perpetrators of intimate abuse. *Journal of Traumatic Stress*, 8(2), 299-316. doi: 10.1002/jts.2490080210.
- Dutton, D. G. (1999). Traumatic origins of intimate rage. *Aggression and Violent Behavior*, 4(4), 431-447. doi:10.1016/S1359-1789(98)00027-5.
- Dutton, D. G. (2000). Witnessing parental violence as a traumatic experience shaping the abusive personality. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 3(1), 59-67. doi:10.1300/J146v03n01_05.
- Dutton, D. G. (2003). MCMI results for batterers: A response to gondolf. *Journal of Family Violence*, 18(4), 253-255. doi: 10.1023/A:1024072415872.
- Dutton, D. G. (2007). *The abusive personality: Violence and control in intimate relationships* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Dutton, D. G. (2008). My back pages: Reflections on thirty years of domestic violence research. *Trauma, Violence y Abuse*, 9(3), 131-143. doi:10.1177/1524838008319146
- Dutton, D. G. y Browning, J. J. (1988). Concern for power, fear of intimacy, and aversive stimuli for wife assault. En G. T. Hotaling, D. Finkelhor, J. T. Kirkpatrick & A. Murray (Eds.), *Family abuse and its consequences: New directions in research*. (pp. 163-175). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Dutton, D. G. y Golant, S. K. (1995). *The batterer: A psychological profile*. New York: Basic Books.
- Dutton, D. G. y Hart, S. D. (1992). Risk markers for family violence in a federally incarcerated population. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15(1), 101-112. doi:10.1016/0160-2527(92)90030-5.
- Dutton, D. G. y Hemphill, K. J. (1992). Patterns of socially desirable responding among perpetrators and victims of wife assault. *Violence and Victims*, 7(1), 29-39.
- Dutton, D. G. y Kerry, G. (1999). Modus operandi and personality disorder in incarcerated spousal killers. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(3-4), 287-299. doi:10.1016/S0160-2527(99)00010-2.
- 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(15), 1367-1386. doi: 10.1111/j.1559-1816.1994.tb01554.x.

- Dutton, D. G. y Sonkin, D. J. (2003). Introduction: Perspectives on the treatment of intimate violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 7(1-2), 1-6. doi:10.1300/J146v07n01.
- Dutton, D. G. y Starzomski, A. J. (1993). Borderline personality in perpetrators of psychological and physical abuse. *Violence and Victims*, 8(4), 327-337.
- Dutton, D. G., Starzomski, A. y Ryan, L. (1996). Antecedents of abusive personality and abusive behavior in wife assaulters. *Journal of Family Violence*, 11(2), 113-132. doi: 10.1007/BF02336665.
- Dutton, D. G., Van Ginkel, C. y Landolt, M. A. (1996). Jealousy, intimate abusiveness, and intrusiveness. *Journal of Family Violence*, 11(4), 411-423. doi: 10.1007/BF02333425.
- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and healing the battered woman: A model for assessment and intervention*. New York: Springer Publishing Company.
- Dutton, M. A. (1993). Understanding women's responses to domestic violence: A redefinition of battered woman syndrome. *Hofstra Law Review*, (21), 1191-1242.
- Dye, M. L. y Eckhardt, C. I. (2000). Anger, irrational beliefs, and dysfunctional attitudes in violent dating relationships. *Violence and Victims*, 15(3), 337-350.
- D'Zurilla, T. J. y Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126. doi:10.1037/h0031360.
- Easton, J. y Shackelford, T. (2009). Morbid jealousy and sex differences in partner-directed violence. *Human Nature*, 20(3), 342-350. doi: 10.1007/s12110-009-9069-1.
- Eaves, G. y Rush, A. J. (1984). Cognitive patterns in symptomatic and remitted unipolar major depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 93(1), 31-40. doi: 10.1037/0021-843X.93.1.31.
- Echauri, J. A. (2010). *Eficacia de un programa de tratamiento psicológico para hombres maltratadores en la relación de pareja: Características psicopatológicas y resultados terapéuticos*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Pública de Navarra, Pamplona.
- Echeburúa, E., Amor, P. J. y Corral, P. (2003). Autoinformes y entrevistas en el ámbito de la psicología clínica forense: Limitaciones y nuevas perspectivas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 29(126), 503-522.
- Echeburúa, E., Amor, P. J. y Corral, P. (2009). Hombres violentos contra la pareja: Trastornos mentales y perfiles tipológicos. *Pensamiento Psicológico*, 6(13), 27-36. Documento obtenido el 23 de marzo de 2011 en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80112469003>
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.

- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(96), 527-555.
- 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 Del Psicólogo. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos.*, 25(88), 10-18.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. Corral (Eds.), *Manual de violencia familiar* (pp. 71-175). Madrid: Siglo XXI España Editores, S.A.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2001). *Celos en la pareja. Una emoción destructiva: Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel Editorial.
- 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(3), 254-263. doi:10.1177/0306624X06291460.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P. J. (2003). Psychopathological profile of men convicted of gender violence: A study in the prisons of Spain. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(7), 798-812. doi:10.1177/0886260503253300.
- 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 & Comparative Criminology*, 50(1), 57-70. doi: 10.1177/0306624X05277662.
- Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J. y Corral, P. (2009). *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja. Instrumentos de evaluación del riesgo y adopción de medidas de protección*. Valencia: Centro Reina Sofía.
- 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(6), 925-939. doi: 0.1177/0886260508319370
- Eckhardt, C. I. (2007). Effects of alcohol intoxication on anger experience and expression among partner assaultive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(1), 61-71. doi: 10.1037/0022-006X.75.1.61.
- Eckhardt, C. I., Babcock, J. y Homack, S. (2004). Partner assaultive men and the stages and processes of change. *Journal of Family Violence*, 19(2), 81-93. doi: 0.1023/B:JOFV.0000019839.98858.5c.
- Eckhardt, C. I., Barbour, K. A. y Stuart, G. L. (1997). Anger and hostility in maritally violent men: Conceptual distinctions, measurement issues, and literature review. *Clinical Psychology Review*, 17(4), 333-358. doi:10.1016/S0272-7358(96)00003-7.

- Eckhardt, C. I. y Dye, M. L. (2000). The cognitive characteristics of maritally violent men: Theory and evidence. *Cognitive Therapy and Research*, 24(2), 139-158. doi: 10.1023/A:1005441924292.
- Eckhardt, C. I. y Jamison, T. R. (2002). Articulated thoughts of male dating violence perpetrators during anger arousal. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 289-308. doi: 10.1023/A:1016045226185.
- Eckhardt, C. I., Samper, R. E. y Murphy, C. M. (2008). Anger disturbances among perpetrators of intimate partner violence: Clinical characteristics and outcomes of court-mandated treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(11), 1600-1617. doi: 10.1177/0886260508314322.
- Edleson, J. L. (1984). Working with men who batter. *Social Work*, 29(3), 237-242.
- Edwards, D. W., Scott, C. L., Yarvis, R. M., Paizis, C. L. y Panizzon, M. S. (2003). Impulsiveness, impulsive aggression, personality disorder, and spousal violence. *Violence and Victims*, 18(1), 3-14. doi:10.1891/vivi.2003.18.1.3.
- Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H. y Johnson, J. G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 741-753. doi:10.1037/0022-006X.71.4.741.
- Eisikovits, Z., Goldblatt, H. y Winstok, Z. (1999). Partner accounts of intimate violence: Towards a theoretical model. *Families in Society*, 80(6), 606-619.
- Ekman, P. (1984). Expression and the nature of emotion. En K. S. Scherer y P. Ekman (Eds.), *Approaches to emotion* (pp. 319-344). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Elbow, M. (1977). Theoretical considerations of violent marriages. *Social Casework*, 58(9), 515-526.
- Ellis, A. (1962). *Razón y emoción en psicoterapia*. New York: Lyle Stuart.
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L. L., Watts, C. H. y García-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: An observational study. *Lancet*, 371(9619), 1165-1172. doi:10.1016/S0140-6736(08)60522-X.
- Ellsberg, M., Peña, R., Herrera, A., Liljestrand, J. y Winkvist, A. (2000). Candies in hell: Women's experiences of violence in Nicaragua. *Social Science & Medicine*, 51(11), 1595-1610. doi:10.1016/S0277-9536(00)00056-3.
- Else, L., Wonderlich, S. A., Beatty, W. W. y Christie, D. W. (1993). Personality characteristics of men who physically abuse women. *Hospital & Community Psychiatry*, 44(1), 54-58.

- Epps, J. y Kendall, P. (1995). Hostile attributional bias in adults. *Cognitive Therapy and Research*, 19(2), 159-178. doi: 10.1007/BF02229692.
- Erickson, T. M. y Newman, M. G. (2007). Interpersonal and emotional processes in generalized anxiety disorder analogues during social interaction tasks. *Behavior Therapy*, 38(4), 364-377. doi: 10.1016/j.beth.2006.10.005.
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: Implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249-261.
- Estévez, A. y Calvete, E. (2007). Esquemas cognitivos en personas con conducta de juego patológico y su relación con experiencias de crianza. *Clinica y Salud*, 18(1), 23-43.
- Estévez, A. y Calvete, E. (2009). Mediación a través de pensamientos automáticos de la relación entre esquemas y síntomas de depresión. *Anales De Psicología*, 25(1), 27-35.
- Fagan, J. A., Stewart, D. K. y Hansen, K. V. (1983). Violent men or violent husbands? background factors and situational correlates. En D. Finkelhor, R. J. Gelles, G. T. Hotaling y M. A. Straus (Eds.), *The dark side of families: Current family violence research* (pp. 49-68). Beverly Hills, California: Sage Publications.
- Fals-Stewart, W. (2003). The occurrence of partner physical aggression on days of alcohol consumption: A longitudinal diary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 41-52. doi:10.1037/0022-006X.71.1.41.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A. y Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317-328. doi:10.1016/j.jbtep.2009.01.002.
- Faulk, M. (1974). Men who assault their wives. *Medicine, Science, and the Law*, 14(3), 180-183.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2006). Uso y abuso de los autoinformes en la evaluación de los trastornos de personalidad. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(1), 1-12.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2008). Trastornos de personalidad y psicopatía en hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *Psicothema*, 20(2), 193-198.
- Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: Un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(88), 151-180.
- Ferrer, V. A., Bosch, E., Ramis, C. y Navarro, C. (2006). Las creencias y actitudes sobre la violencia contra las mujeres en la pareja: Determinantes sociodemográficos, familiares y formativos. *Anales de Psicología*, 22(2), 251-259.

- Ferrer, V. A., Bosch, E., Ramis, M. C., Torres, G. y Navarro, C. (2006). La violencia contra las mujeres en la pareja: Creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. *Psicothema*, 18(3), 359-366.
- Fiester, S. J. y Gay, M. (1996). Sadistic personality disorder. En T. A. Widiger y American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. (Eds.), *DSM-IV sourcebook. Vol. 2* (pp. 823-832). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Figuroa, E. y Silk, K. R. (1997). Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11(1), 71-92. doi: 10.1521/pedi.1997.11.1.71.
- Fincham, F. D. (1985). Attribution processes in distressed and nondistressed couples: II. Responsibility for marital problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 94(2), 183-190. doi:10.1037/0021-843X.94.2.183.
- Fincham, F. D. (1994). Cognition in marriage: Current status and future challenges. *Applied & Preventive Psychology*, 3(3), 185-198. doi:10.1016/S0962-1849(05)80070-8.
- Fincham, F. D. (2001). Attributions in close relationships: From balkanization to integration. En G. J. O. Fletcher y M. S. Clark (Eds.), *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes* (pp. 3-31). Malden, MA: Blackwell Publishers.
- Fincham, F. D. y Bradbury, T. N. (1987). The impact of attributions in marriage: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(3), 510-517. doi:10.1037/0022-3514.53.3.510.
- Fincham, F. D. y Bradbury, T. N. (1992). Assessing attributions in marriage: The relationship attribution measure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 457-468. doi:10.1037/0022-3514.62.3.457.
- Finkelhor, D. y Yllo, K. (1985). *License to rape: Sexual abuse of wives*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Fischbach, R. L. y Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: Correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science & Medicine*, 45(8), 1161-1176. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00022-1.
- Flinck, A., Paavilainen, E. y Åstedt-Kurki, P. (2005). Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), 383-393. doi:10.1111/j.1365-2702.2004.01073.x.
- Flournoy, P. S. y Wilson, G. L. (1991). Assessment of MMPI profiles of male batterers. *Violence and Victims*, 6(4), 309-320.
- Follingstad, D. R., Bradley, R. G., Helff, C. M. y Laughlin, J. E. (2002). A model for predicting dating violence: Anxious attachment, angry temperament and need for relationship control. *Violence and Victims*, 17(1), 35-48. doi:10.1891/vivi.17.1.35.33639.

- Follingstad, D. R., Bradley, R. G., Laughlin, J. E. y Burke, L. (1999). Risk factors and correlates of dating violence: The relevance of examining frequency and severity levels in a college sample. *Violence and Victims, 14*(4), 365-380.
- Follingstad, D. R., Brennan, A. F., Hause, E. S. y Polek, D. S. (1991). Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *Journal of Family Violence, 6*(1), 81-95. doi:10.1007/BF00978527.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F. J. y Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema, 17*(1), 90-95.
- Fontanil, Y., Méndez-Valdivia, M., Cuesta, M., López-Muñiz, C., Rodríguez-Díaz, J., Herrero, F. J. y Ezama, E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema, 14*, 130-138.
- Foo, L. y Margolin, G. (1995). A multivariate investigation of dating aggression. *Journal of Family Violence, 10*(4), 351-377. doi:10.1007/BF02110711.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- García-Averasturi, L. M. (2004). El acecho después de la ruptura de la relación de pareja. *Colegio Oficial De Psicólogos De Las Palmas, (63)*. Documento obtenido el 15 de marzo de 2010 en: http://www.coplaspalmas.org/coplps/index.php?option=com_content&task=view&id=245&Itemid=68
- García-Moreno, C., Jansen, H. A. y Heise, L. L. (2006). *Prevalence of intimate partner violence: Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence*. Geneva: World Health Organization.
- Garrido, V. (2001). *Amores que matan. Acoso y violencia contra las mujeres*. Alzira, Valencia: Algar.
- Gavazzi, S. M., Julian, T. W. y McKenry, P. C. (1996). Utilization of the Brief Symptom Inventory to discriminate between violent and nonviolent male relationship partners. *Psychological Reports, 79*(3), 1047-1056.
- Gay, M. (May 1989). Personality disorders among child abusers. *Presented at the 142nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association, San Francisco, California*.
- Gelles, R. J. y Cavanaugh, M. M. (2004). Factores sociales. En J. Sanmartín (Ed.), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (pp. 47-56). Barcelona: Ariel.
- Gelles, R. J. y Straus, M. A. (1988). *Intimate violence: The causes and consequences of abuse in the American family*. New York: Simon and Schuster.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry, 63*(6), 649-658. doi:10.1001/archpsyc.63.6.649.

- Gilchrist, E. (2007). The cognition of domestic abusers: Explanations, evidence and treatment. En T. A. Gannon, T. Ward, A. R. Beech & D. Fisher (Eds.), *Aggressive offenders' cognition: Theory, research, and practice* (pp. 247-266). West Sussex, England: John Wiley & Sons, Ltd.
- Gilchrist, E., Johnson, R., Takriti, R., Beech, A. R., Kebbell, M. y Weston, S. (2003). *Domestic violence offenders: Characteristics and offending related needs* Findings No. 217. London. Home Office.
- Gil-González, D., Vives-Cases, C., Ruiz-Cantero, M. T., Carrasco-Portiño, M. y Álvarez-Dardet, C. (2008). Childhood experiences of violence in perpetrators as a risk factor of intimate partner violence: A systematic review. *Journal of Public Health*, 30(1), 14-22. doi:10.1093/pubmed/fdm071.
- Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y. y Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*, 16(3), 365-384. doi: 0.1111/j.1475-6811.2009.01228.x.
- Goldfried, M. R. y Goldfried, A. P. (1975). Cognitive change methods. En F. H. Kanfer y A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change: A textbook of methods*. (pp. 97-130). New York: Pergamon.
- Goldstein, D. y Rosenbaum, A. (1985). An evaluation of the self-esteem of maritally violent men. *Family Relations*, 34(3), 425.
- Gómez, M. C., Dorado, M. I., Bedoya, J. M., Cayuela, A., Alonso, M. J. y Hidalgo, D. (2004). Violencia contra la mujer. Resultados de una encuesta hospitalaria. *Progresos de Obstetricia y Ginecología: Revista Oficial de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia*, 47(11), 511-520.
- Gondolf, E. W. (1987a). Changing men who batter: A developmental model for integrated interventions. *Journal of Family Violence*, 2(4), 335-349. doi:10.1007/BF00993299.
- Gondolf, E. W. (1987b). Evaluating programs for men who batter: Problems and prospects. *Journal of Family Violence*, 2(1), 95-108. doi:10.1007/BF00976373.
- Gondolf, E. W. (1988). Who are those guys? Toward a behavioral typology of batterers. *Violence and Victims*, 3(3), 187-203.
- Gondolf, E. W. (1999). MCMI-III results for batterer program participants in four cities: Less "pathological" than expected. *Journal of Family Violence*, 14(1), 1-17. doi: 10.1023/A:1022843324943.
- Gondolf, E. W. (2003). MCMI results for batterers: Gondolf replies to Dutton's response. *Journal of Family Violence*, 18(6), 387-389. doi: 10.1023/A:1026247515800.
- Gondolf, E. W. y Russell, D. (1986). The case against anger control treatment programs for batterers. *Response to the Victimization of Women & Children*, 9(3), 2-5.

- Gondolf, E. W. y White, R. J. (2001). Batterer program participants who repeatedly reassault. *Journal of Interpersonal Violence, 16*(4), 361-380. doi: 10.1177/088626001016004006.
- Gongora, V. C., Derksen, J. J. L. y van, D. S. (2004). The role of core beliefs in the specific cognitions of bulimic patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 192*(4), 297-303. doi:10.1097/01.nmd.0000120889.01611.2f.
- González-Lozano, M. P. (2008). *Violencia en las relaciones de noviazgo entre jóvenes y adolescentes de la comunidad de Madrid*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense, Madrid.
- Gonzalo-Valgañón, A. (2009). La aplicación de la ley de medidas de protección integral contra la violencia de género. *CEE Participación Educativa, (11)*, 105-109.
- Gottman, J. M. (1994). *What predicts divorce? the relationship between marital processes and marital outcomes*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gottman, J. M., Jacobson, N. S., Rushe, R. H. y Shortt, J. W. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behavior, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology, 9*(3), 227-248. doi:10.1037/0893-3200.9.3.227.
- Goyer, P. F., Andreason, P. J., Semple, W. E. y Clayton, A. H. (1994). Positron-emission tomography and personality disorders. *Neuropsychopharmacology, 10*(1), 21-28.
- Grann, M. y Wedin, I. (2002). Risk factors for recidivism among spousal assault and spousal homicide offenders. *Psychology, Crime & Law, 8*(1), 5-23. doi: 10.1080/10683160208401806
- Greene, A. F., Coles, C. J. y Johnson, E. H. (1994). Psychopathology and anger in interpersonal violence offenders. *Journal of Clinical Psychology, 50*(6), 906-912. doi: 10.1002/1097-4679(199411)50:6<906::aid-jclp2270500615>3.0.co;2-j.
- Greenfeld, L. A., Rand, M. R., Craven, D., Flaus, P. A., Perkins, C. A., Ringel, C., . . . Fox, J. A. (1998). *Violence by intimates: Analysis of data on crimes by current or former spouses, boyfriends, and girlfriends*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics.
- Greenwald, A. G., Banaji, M. R., Rudman, L. A., Farnham, S. D., Nosek, B. A. y Mellott, D. S. (2002). A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem, and self-concept. *Psychological Review, 109*(1), 3-25. doi:10.1037/0033-295X.109.1.3.
- Gude, T., Hoffart, A., Hedley, L. y Rø, Ø. (2004). The dimensionality of dependent personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 18*(6), 604-610. doi:10.1521/pedi.18.6.604.54793.
- Guerrero, L. K., Spitzberg, B. H. y Yoshimura, S. M. (2004). Sexual and emotional jealousy. En S. Sprecher (Ed.), *The handbook of sexuality in close relationships*. (pp. 311-345). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Hale, G., Zimostad, S., Duckworth, J. y Nicholas, D. (1988). Abusive partners: MMPI profiles of male batterers. *Journal of Mental Health Counseling*, 10(4), 214-24.
- Halvorsen, M., Wang, C. E., Richter, J., Myrland, I., Pedersen, S. K., Eisemann, M. y Waterloo, K. (2009). Early maladaptive schemas, temperament and character traits in clinically depressed and previously depressed subjects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(5), 394-407. doi:10.1002/cpp.618.
- Hamberger, L. K. (1997). Cognitive behavioral treatment of men who batter their partners. *Cognitive and Behavioral Practice*, 4(1), 147-169. doi:10.1016/S1077-7229(97)80016-8.
- 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(4), 323-341. doi:10.1007/BF00978276.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1988). Characteristics of male spouse abusers consistent with personality disorders. *Hospital & Community Psychiatry*, 39(7), 763-770.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1989). *Personality structure of batterers and nonbatterers: Qualitative and quantitative differences*. Communication presented at the Annual Meeting of the American Psychological Association. New Orleans, Louisiana.
- 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(2), 131-147. doi:10.1007/BF00978715
- 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(4), 277-292.
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1(1), 293-319. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938.
- Hanson, R. K. y Wallace-Capretta, S. (2000). *Predicting recidivism among male batterers. User Report 2000-06*. Ottawa: Department of the Solicitor General of Canada.
- Hare, R. D. (1980). A research scale for the assessment of psychopathy in criminal populations. *Personality and Individual Differences*, 1(2), 111-119. doi:10.1016/0191-8869(80)90028-8.
- Hare, R. D. (1991). *The Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R)*. Toronto, ON: Multi-Health Systems.
- Hare, R. D. (2000). La naturaleza del psicópata: Algunas observaciones para entender la violencia depredadora humana. En A. Raine y J. Sanmartín (Eds.), *Violencia y psicopatía* (1ª ed., pp. 15-58). Barcelona: Ariel.
- Hare, R. D. (2003). *Sin conciencia: El inquietante mundo de los psicópatas que nos rodean*. Barcelona: Paidós.

- Hare, R. D., Clark, D., Grann, M. y Thornton, D. (2000). Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioral Sciences & the Law*, 18(5), 623-645. doi:10.1002/1099-0798(200010)18:5<623::aid-bsl409>3.0.co;2-w.
- Harris, A. E. y Curtin, L. (2002). Parental perceptions, early maladaptive schemas, and depressive symptoms in young adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405-416. doi:10.1023/A:1016085112981.
- Harris, R. J. y Cook, C. A. (1994). Attributions about spouse abuse: It matters who the batterers and victims are. *Sex Roles*, 30(7), 553-565. doi: 10.1007/BF01420802.
- Hart, S. D., Dutton, D. G. y Newlove, T. (1993). The prevalence of personality disorder among wife assaulters. *Journal of Personality Disorders*, 7(4), 329-341.
- Harway, M., O'Neil, J. M. y Biden, J. R. (1999). Men's and women's gender-role socialization and gender-role conflict factors explaining men's violence against women. En M. Harway, J. M. O'Neil & J. R. Biden (Eds.), *What causes men's violence against women?* (pp. 85-135). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Hathaway, S. R. y McKinley, J. C. (1989). *Basic Personality Inventory (MMPI-2)*. Columbus, OH: Merrill/Prentice-Hall.
- Hayashino, D. S., Wurtele, S. K. y Klebe, K. J. (1995). Child molesters: An examination of cognitive factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(1), 106-116. doi:10.1177/088626095010001007.
- Head, S. B., Baker, J. D. y Williamson, D. A. (1991). Family environment characteristics and dependent personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 5(3), 256-263.
- Healy, K., Smith, C. y O'Sullivan, C. (1998). *Batterer intervention: Program approaches and criminal justice strategies*. Washington, DC.: National Institute of Justice Programs, U.S. Department of Justice.
- Heckert, D. A. y Gondolf, E. W. (2000). Predictors of underreporting of male violence by batterer program participants and their partners. *Journal of Family Violence*, 15(4), 423-443. doi: 10.1023/A:1007562431410.
- Hedley, L. M., Hoffart, A. y Sexton, H. (2001). Early maladaptive schemas in patients with panic disorder with agoraphobia. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 15(2), 131-142.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.
- Heise, L. L., Ellsburg, M. y Gottemoeller, M. (1999). *Ending violence against women. population reports*. Series L, No. 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health. Population Information.
- Heise, L. L. (1998). Violence against women. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290. doi: 10.1177/1077801298004003002

- Heise, L. L. y García-Moreno, C. (2003). La violencia en la pareja. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi & R. Lozano (Eds.), *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (pp. 96-131). Washington,DC: Organización Pamericana de la Salud.
- Henderson, A. J. Z., Bartholomew, K. y Dutton, D. G. (1997). He loves me; he loves me not: Attachment and separation resolution of abused women. *Journal of Family Violence*, *12*(2), 169-191. doi: 10.1023/A:1022836711637.
- Henning, K. y Holdford, R. (2006). Minimization, denial, and victim blaming by batterers: How much does the truth matter? *Criminal Justice and Behavior*, *33*(1), 110-130. doi:10.1177/0093854805282322.
- Henning, K., Jones, A. y Holdford, R. (2005). "I didn't do it, but if I did I had a good reason": Minimization, denial, and attributions of blame among male and female domestic violence offenders. *Journal of Family Violence*, *20*(3), 131-139. doi:10.1007/s10896-005-3647-8.
- Henry, D., Guerra, N., Huesmann, R., Tolan, P., VanAcker, R. y Eron, L. (2000). Normative influences on aggression in urban elementary school classrooms. *American Journal of Community Psychology*, *28*(1), 59-81. doi: 10.1023/A:1005142429725.
- Henton, J., Cate, R., Koval, J., Lloyd, S. y Christopher, S. (1983). Romance and violence in dating relationships. *Journal of Family Issues*, *4*(3), 467-482. doi: 10.1177/019251383004003004.
- Herman, J. L. (1986). Histories of violence in an outpatient population: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry*, *56*(1), 137-141. doi: 10.1111/j.1939-0025.1986.tb01550.x.
- Herman, J. L., Perry, J. C. y Van, d. K. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *146*(4), 490-495.
- Herrenkohl, T. I., Mason, W. A., Kosterman, R., Lengua, L. J., Hawkins, J. D. y Abbott, R. D. (2004). Pathways from physical childhood abuse to partner violence in young adulthood. *Violence and Victims*, *19*(2), 123-136. doi:10.1891/vivi.19.2.123.64099.
- Hershorn, M. y Rosenbaum, A. (1991). Over- vs. undercontrolled hostility: Application of the construct to the classification of maritally violent men. *Violence and Victims*, *6*(2), 151-158.
- Hewstone, M. (1989). *Causal attribution: From cognitive processes to collective beliefs*. Oxford: Basil Blackwell.
- Hilberman, E. y Munson, K. (1977). Sixty battered women. *Victimology*, *2*(3-4), 460-470.
- Hildebrand, M. y de Ruiter, C. (2004). PCL-R psychopathy and its relation to DSM-IV axis I and II disorders in a sample of male forensic psychiatric patients in the Netherlands. *International Journal of Law and Psychiatry*, *27*(3), 233-248. doi: 10.1016/j.ijlp.2004.03.005.

- Hirschfeld, R. M. A., Klerman, G. L., Gouch, H. G., Barrett, J., Korchin, S. J. y Chodoff, P. (1977). A measure of interpersonal dependency. *Journal of Personality Assessment*, 41(6), 610-618. doi: 10.1207/s15327752jpa4106_6.
- Hogue, S. L. (1999). Relationship between family of origin history and personality pathology. *Dissertation Abstracts International*, 59,6067B.
- Holtzworth-Munroe, A. (1988). Causal attributions in marital violence: Theoretical and methodological issues. *Clinical Psychology Review*, 8(3), 331-344. doi:10.1016/0272-7358(88)90095-5.
- Holtzworth-Munroe, A. (1992). Social skill deficits in maritally violent men: Interpreting the data using a social information processing model. *Clinical Psychology Review*, 12(6), 605-617. doi:10.1016/0272-7358(92)90134-T.
- Holtzworth-Munroe, A. (2000). A typology of men who are violent toward their female partners: Making sense of the heterogeneity in husband violence. *Current Directions in Psychological Science*, 9(4), 140-143. doi: 10.1111/1467-8721.00079.
- Holtzworth-Munroe, A. y Anglin, K. (1991). The competency of responses given by maritally violent versus nonviolent men to problematic marital situations. *Violence and Victims*, 6(4), 257-269.
- Holtzworth-Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N. y Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence: I. maritally violent versus nonviolent men. *Aggression and Violent Behavior*, 2(1), 65-99. doi:10.1016/S1359-1789(96)00015-8.
- Holtzworth-Munroe, A. y Hutchinson, G. (1993). Attributing negative intent to wife behavior: The attributions of maritally violent versus nonviolent men. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(2), 206-211. doi:10.1037/0021-843X.102.2.206.
- Holtzworth-Munroe, A. y Jacobson, N. S. (1985). Causal attributions of married couples: When do they search for causes? What do they conclude when they do? *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(6), 1398-1412. doi:10.1037/0022-3514.48.6.1398.
- 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(6), 1000-1019. doi:10.1037/0022-006X.68.6.1000.
- Holtzworth-Munroe, A., Meehan, J. C., Herron, K., Rehman, U. y Stuart, G. L. (2003). Do subtypes of maritally violent men continue to differ over time? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 728-740. doi:10.1037/0022-006X.71.4.728.
- Holtzworth-Munroe, A., Stuart, G. L. y Hutchinson, G. (1997). Violent versus nonviolent husbands: Differences in attachment patterns, dependency, and jealousy. *Journal of Family Psychology*, 11(3), 314-331. doi:10.1037/0893-3200.11.3.314.

- Holtzworth-Munroe, A. y Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116(3), 476-497. doi:10.1037/0033-2909.116.3.476.
- Homans, G. C. (1958). Social behavior as exchange. *American Journal of Sociology*, 63, 597-606. doi:10.1086/222355.
- Hotaling, G. T. y Sugarman, D. B. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims*, 1(2), 101-124.
- Hoyos, M. (2009). *Tutela jurisdiccional frente a la violencia de género: Aspectos procesales, civiles, penales y laborales*. Valladolid: Lex Nova.
- Hu, L. y Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 6(1), 1-55. doi: 10.1080/10705519909540118.
- Huesmann, L. R. y Guerra, N. G. (1997). Children's normative beliefs about aggression and aggressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(2), 408-419. doi:10.1037/0022-3514.72.2.408.
- Hughes, J. N., Cavell, T. A. y Grossman, P. A. (1997). A positive view of self: Risk or protection for aggressive children? *Development and Psychopathology*, 9(1), 75-94. doi:10.1017/S0954579497001077.
- 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(6), 710-724. doi:10.1177/0093854808316218.
- Ingram, R. E. y Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspective. En R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology*. (pp. 3-21). San Diego, California: Academic Press.
- Ingram, R. E., Kendall, P. C., Smith, T. W., Donnell, C. y Ronan, K. (1987). Cognitive specificity in emotional distress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(4), 734-742. doi:10.1037/0022-3514.53.4.734.
- Instituto de la Mujer. (1999). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer. (2002). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. II parte*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Instituto de la Mujer. (2006). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la macroencuesta. III parte*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Izard, C. E. (1977). *Human emotions*. New York: Plenum Press.
- Izard, C. E. (1991). *The psychology of emotions*. New York: Plenum Press.

- Izard, C. E. (1993). Organizational and motivational functions of discrete emotions. En M. Lewis y J. M. Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 631-642). New York: The Guilford Press.
- Jacobson, A. y Richardson, B. (1987). Assault experiences of 100 psychiatric inpatients: Evidence of the need for routine inquiry. *The American Journal of Psychiatry*, 144(7), 908-913.
- Jacobson, N. S., Gottman, J. M. y Shortt, J. W. (1995). The distinction between type 1 and type 2 batterers-further considerations: Reply to Ornduff et al. (1995), Margolin et al. (1995), and Walker (1995). *Journal of Family Psychology*, 9(3), 272-279. doi:10.1037/0893-3200.9.3.272.
- Jacobson, N. S., McDonald, D. W., Follette, W. C. y Berley, R. A. (1985). Attributional processes in distressed and nondistressed married couples. *Cognitive Therapy and Research*, 9(1), 35-50. doi:10.1007/BF01178749.
- Jasinski, J. L. (2001). Theoretical explanations for violence against women. En C. M. Renzetti, J. L. Edleson & R. K. Bergen (Eds.), *The sourcebook on violence against women* (pp. 5-22). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Jiang, J. y Xu, Y. (2008). The relationship among childhood abuse, parenting styles and antisocial personality disorder. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 16(6), 642-645.
- Johnson, E. H. (1990). *The deadly emotions: The role of anger, hostility, and aggression in health and emotional well-being*. New York: Praeger.
- Johnson, H. C. (1996). Violence and biology: A review of the literature. *Families in Society*, 77(1), 3-18.
- Johnson, H. (2006). *Measuring violence against women: Statistical trends 2006*. Ottawa, Canadá: Federal/Provincial/Territorial Ministers Responsible for the Status of Women. Statistics Canada.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. y Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 56(7), 600-606. doi:10.1001/archpsyc.56.7.600.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S. y Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 579-587. doi:10.1001/archpsyc.63.5.579.
- Johnson, M. P. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage & Family*, 57(2), 283-294. doi: 10.2307/353683.
- 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(10), 1270-1285. doi:10.1177/0886260506291655.

- Jones, E. E. y Davis, K. E. (1965). From acts to dispositions: The attribution process in social psychology. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. Vol.2 (pp. 219-266). New York: Academic Press.
- Jones, C., Harris, G. y Leung, N. (2005). Parental rearing behaviours and eating disorders: The moderating role of core beliefs. *Eating Behaviors*, 6(4), 355-364. doi:10.1016/j.eatbeh.2005.05.002.
- Jones, E. E., Kanouse, D. E., Kelley, H. H., Nisbett, R. E., Valins, S. y Weiner, B. (1972). *Attribution: Perceiving the causes of behavior*. Morristown, New Jersey: General Learning Press.
- Jones, S. C. (1973). Self- and interpersonal evaluations: Esteem theories versus consistency theories. *Psychological Bulletin*, 79(3), 185-199. doi:10.1037/h0033957
- Jordan, C. E., Nietzel, M. T., Walker, R. y Logan, T. K. (2004). En Jordan C. E. (Ed.), *Intimate partner violence: A clinical training guide for mental health professionals*. New York, Springer Pub. Co.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (2006). *LISREL 8.8*. Scientific Software International, Inc.
- Jovev, M. y Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18(5), 467-478. doi:10.1521/pedi.18.5.467.51325
- Julian, T. W. y McKenry, P. C. (1993). Mediators of male violence toward female intimates. *Journal of Family Violence*, 8(1), 39-56. doi:10.1007/BF00986992
- Kalmuss, D. (1984). The intergenerational transmission of marital aggression. *Journal of Marriage and the Family*, 46(1), 11-19.
- Kane, T. A., Staiger, P. K. y Ricciardelli, L. A. (2000). Male domestic violence: Attitudes, aggression and interpersonal dependency. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(1), 16-29. doi:10.1177/088626000015001002.
- Kantor, G. K., Jasinski, J. L. y Aldarondo, E. (1994). Sociocultural status and incidence of marital violence in Hispanic families. *Violence and Victims*, 9(3), 207-222.
- Karney, B. R. y Bradbury, T. N. (2000). Attributions in marriage: State or trait? A growth curve analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(2), 295-309. doi:10.1037/0022-3514.78.2.295.
- Kasian, M. y Painter, S. L. (1992). Frequency and severity of psychological abuse in a dating population. *Journal of Interpersonal Violence*, 7(3), 350-364. doi:10.1177/088626092007003005.
- Kelley, H. (1967). Attribution theory in social psychology- In D. Levine y D. E. Berlyne (Eds.), *Nebraska symposium on motivation* (pp. 192-238). Lincoln: University of Nebraska Press.

- Kendall, P. C. y Hollon, S. D. (1981). Assessing self-referent speech: Methods in the measurement of self-statements. En P. C. Kendall y S. D. Hollon (Eds.), *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions* (pp. 85-118). New York: Academic Press.
- Kernis, M. H., Grannemann, B. D. y Barclay, L. C. (1989). Stability and level of self-esteem as predictors of anger arousal and hostility. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(6), 1013-1022. doi:10.1037/0022-3514.56.6.1013.
- Kernis, M. H., Grannemann, B. D. y Barclay, L. C. (1992). Stability of self-esteem: Assessment, correlates, and excuse making. *Journal of Personality*, 60(3), 621-644. doi:10.1111/1467-6494.ep9209210979.
- Kershaw, C., Chivite-Matthews, N., Thomas, C. y Aust, R. (2001). *The 2001 british crime survey: England and wales*. London: Home Office.
- Kjelsberg, E., Hartvig, P., Bowitz, H., Kuisma, I., Norbeck, P., Rustad, A., . . . Vik, T. (2006). Mental health consultations in a prison population: A descriptive study. *BMC Psychiatry*, 6(1), 27-35. doi: 10.1186/1471-244X-6-27.
- Klevens, J., Baker, C. K., Shelley, G. A. y Ingram, E. M. (2008). Exploring the links between components of coordinated community responses and their impact on contact with intimate partner violence services. *Violence Against Women*, 14(3), 346-358. doi: 10.1177/1077801207313968.
- Koss, M. P. (2000). Blame, shame, and community: Justice responses to violence against women. *American Psychologist*, 55(11), 1332-1343. doi:10.1037/0003-066X.55.11.1332.
- Koss, M. P., Bailey, J. A., Yuan, N. P., Herrera, V. M. y Lichter, E. L. (2003). Depression and PTSD in survivors of male violence: Research and training initiatives to facilitate recovery. *Psychology of Women Quarterly*, 27(2), 130-142. doi:10.1111/1471-6402.00093.
- Kovacs, M. y Beck, A. T. (1978). Maladaptive cognitive structures in depression. *The American Journal of Psychiatry*, 135(5), 525-533.
- Kropp, P. R., Hart, S. D., Webster, C. D. y Eaves, D. (1995). *Manual for the spousal assault risk assessment guide* (2^a ed.). Vancouver, British Columbia: British Columbia Institute on Family Violence.
- Kropp, P. R. y Hart, S. D. (2000). The spousal assault risk assessment (SARA) guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24(1), 101-118. doi:10.1023/A:1005430904495.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. y Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.

- Kwong, M. J., Bartholomew, K., Henderson, A. J. Z. y Trinke, S. J. (2003). The intergenerational transmission of relationship violence. *Journal of Family Psychology, 17*(3), 288-301. doi:10.1037/0893-3200.17.3.288.
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco y Rincón, P. P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*(3), 527-547.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P. y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid: Pirámide.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Huss, M. T. y Ramsey, S. (2000). The clinical utility of batterer typologies. *Journal of Family Violence, 15*(1), 37-53. doi: 10.1023/A:1007597319826.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Palarea, R. E., Cohen, J. y Rohling, M. L. (2000). Breaking up is hard to do: Unwanted pursuit behaviors following the dissolution of a romantic relationship. *Violence and Victims, 15*(1), 73-90.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Shlien-Dellinger, R., Huss, M. T. y Kramer, V. L. (2004). Attributions about perpetrators and victims of interpersonal abuse: Results from an analogue study. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(4), 484-498. doi: 10.1177/0886260503262084.
- Leahy, R. L. (2003a). *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L. (2003b). Eliciting thoughts and assumptions. En R. L. Leahy (Ed.), *Cognitive therapy techniques: A practitioner's guide* (pp. 7-37). New York: Guilford Press.
- Leahy, R. L. y Tirch, D. D. (2008). Cognitive behavioral therapy for jealousy. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*(1), 18-32. doi:10.1680/ijct.2008.1.1.18.
- Leonard, K. E. y Senchak, M. (1996). Prospective prediction of husband marital aggression within newlywed couples. *Journal of Abnormal Psychology, 105*(3), 369-380. doi:10.1037/0021-843X.105.3.369.
- Leue, A., Borchard, B. y Hoyer, J. (2004). Mental disorders in a forensic sample of sexual offenders. *European Psychiatry, 19*(3), 123-130. doi: 10.1016/j.eurpsy.2003.08.001.
- Leung, N., Thomas, G. y Waller, G. (2000). The relationship between parental bonding and core beliefs in anorexic and bulimic women. *British Journal of Clinical Psychology, 39*(2), 205-213. doi:10.1348/014466500163220.
- Levesque, D. A., Gelles, R. J. y Velicer, W. F. (2000). Development and validation of a stages of change measure for men in batterer treatment. *Cognitive Therapy and Research, 24*(2), 175-199. doi:10.1023/A:1005446025201.
- Lewis, C. S., Griffing, S., Chu, M., Jospitre, T., Sage, R. E., Madry, L. y Primm, B. J. (2006). Coping and violence exposure as predictors of psychological functioning in domestic

violence survivors. *Violence Against Women*, 12(4), 340-354. doi:10.1177/1077801206287285.

Lindsey, M. y Robinson, F. (1994). *Domestic violence behavioral checklist*. Disponible en: <http://www.thethirdpath.org/dvbcheck.html>

Lochman, J. E. y Dodge, K. A. (1994). Social-cognitive processes of severely violent, moderately aggressive, and nonaggressive boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 366-374. doi:10.1037/0022-006X.62.2.366.

Lochman, J. E., White, K. J. y Wayland, K. K. (1991). Cognitive-behavioral assessment and treatment with aggressive children. En P. C. Kendall (Ed.), *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. (pp. 25-65). New York: Guilford Press.

Logan, T. K., Walker, R., Staton, M. y Leukefeld, C. (2001). Substance use and intimate violence among incarcerated males. *Journal of Family Violence*, 16(2), 93-114. doi:10.1023/A:1011119901556.

Lohr, J. M., Bonge, D., Witte, T. H., Hamberger, L. K. y Langhinrichsen-Rohling, J. (2005). Consistency and accuracy of batterer typology identification. *Journal of Family Violence*, 20(4), 253-258. doi:10.1007/s10896-005-5989-7.

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

Loinaz, I., Echeburúa, E. y Torrubia, R. (2010). Tipología de agresores contra la pareja en prisión. *Psicothema*, 22(1), 106-111.

Loper, A. B. (2003). The relationship of maladaptive beliefs to personality and behavioral adjustment among incarcerated women. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 17(3), 253-266. doi:10.1891/jcop.17.3.253.52533.

López, P. (2002). La violencia de pareja y la respuesta institucional desde la dirección general de la mujer de la comunidad de madrid. *Boletín del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid*, (21), 145-167.

Loranger, A. W. (1988). *Personality disorder examination (PDE) manual*. New York: DV Communications.

Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer: Realidades y mitos*. Barcelona: Planeta, S.A.

Loring, M. T. (1994). *Emotional abuse*. New York: Lexington Books.

Lussier, Y., Sabourin, S. y Wright, J. (1993). On causality, responsibility, and blame in marriage: Validity of the entailment model. *Journal of Family Psychology*, 7(3), 322-332. doi:10.1037/0893-3200.7.3.322.

- Lynch, S. M. y Graham-Bermann, S. (2000). Woman abuse and self-affirmation: Influences on women's self-esteem. *Violence Against Women*, 6(2), 178-197. doi: 10.1177/10778010022181787.
- Maccoby, E. E. y Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. En P. H. Mussen y E. M. Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology: Vol. 4. Socialization, personality and social development* (4th ed., pp. 1-101). New York: Wiley.
- Magai, C. (1996). Personality theory: Birth, death, and transfiguration. En R. Kavanaugh, B. Zimmerberg & S. Fein (Eds.), *Emotion: Interdisciplinary perspectives* (pp. 171-202). Mahwah, NJ.: Lawrence Erlbaum.
- Magdol, L., Moffitt, T. E., Caspi, A. y Silva, P. A. (1998). Developmental antecedents of partner abuse: A prospective-longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(3), 375-389. doi:10.1037/0021-843X.107.3.375.
- Mahoney, P., Williams, L. M. y West, C. M. (2001). Violence against women by intimate relationship partners. En C. M. Renzetti, J. L. Edleson & R. K. Bergen (Eds.), *The sourcebook on violence against women* (pp. 143-178). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Mahoney, M. J. (2004). Human change process and constructive psychotherapy. En A. Freeman, M. J. Mahoney, P. DeVito & D. Martin (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (2ª ed., pp. 5-24). New York: Springer Publishing Company.
- Mahoney, M. J. y Arnkoff, D. (1978). Cognitive and self-control therapies. En S. L. Garfield y A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (2ª ed., pp. 689-722). New York: John Wiley & Sons, Inc.
- Maiuro, R. D. (2001). Stick and stones may break my bones, but names will also hurt me. En K. D. O'Leary y R. D. Maiuro (Eds.), *Psychological abuse in violent domestic relations* (pp. ix-xx). New York: Spring Pub. Co.
- Maiuro, R. D., Cahn, T. S., Vitaliano, P. P., Wagner, B. C. y Zegree, J. B. (1988). Anger, hostility, and depression in domestically violent versus generally assaultive men and nonviolent control subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 17-23. doi:10.1037/0022-006X.56.1.17.
- Mann, R. y Beech, A. R. (2003). Cognitive distortions, schemas and implicit theories. En T. Ward, D. R. Laws & S. M. Hudson (Eds.), *Sexual deviance: Issues and controversies* (pp. 135-153). London: Sage Publications.
- Marazziti, D., Di Nasso, E., Masala, I., Baroni, S., Abelli, M., Mengali, F., . . . Rucci P. (2003). Normal and obsessional jealousy: A study of a population of young adults. *European Psychiatry*, 18(3), 106-111. doi: 10.1016/S0924-9338(03)00024-5.

- Marazziti, D., Rucci, P., Di Nasso, E., Masala, I., Baroni, S., Rossi, A., . . . Lucacchini, A. (2003). Jealousy and subthreshold psychopathology: A serotonergic link. *Neuropsychobiology*, *47*(1), 12-16. doi:10.1159/000068869.
- Margolin, G., John, R. S. y Gleberman, L. (1988). Affective responses to conflictual discussions in violent and nonviolent couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(1), 24-33. doi:10.1037/0022-006X.56.1.24.
- Marshall, L. L. (1996). Psychological abuse of women: Six distinct clusters. *Journal of Family Violence*, *11*(4), 379-409. doi: 10.1007/BF02333424.
- Marshall, L. L. y Rose, P. (1988). Family of origin violence and courtship abuse. *Journal of Counseling & Development*, *66*(9), 414.
- Marshall, L. L. y Rose, P. (1990). Premarital violence: The impact of family of origin violence, stress, and reciprocity. *Violence and Victims*, *5*(1), 51-64.
- Martin, D. (1976). *Battered wives*. San Francisco: Glide Publications.
- Martínez-Ten, C. (2007). La situación de la mujer en España. En C. Ockrent, S. Treiner & C. Alborch (Eds.), *El libro negro de la condición de la mujer*. Madrid: Aguilar.
- Maruna, S. y Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions. *Legal & Criminological Psychology*, *11*(2), 155-177. doi:10.1348/135532506X114608.
- Marvian, S. M. (1998). *The application of attachment theory in typing men who batter*. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *59*(3). (1998-95018-079).
- Marzuk, P. M., Tardiff, K. y Hirsch, C. (1992). The epidemiology of murder-suicide. *Journal of the American Medical Association*, *267*(23), 3179-3183. doi:10.1001/jama.267.23.3179.
- Matud, M. P., Gutiérrez, A. B. y Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles Del Psicólogo*, (88), 1-9.
- Mauricio, A. M., Tein, J. y Lopez, F. G. (2007). Borderline and antisocial personality scores as mediators between attachment and intimate partner violence. *Violence and Victims*, *22*(2), 139-157. doi:10.1891/088667007780477339
- McAllister, M. (2000). Domestic violence: A life-span approach to assessment and intervention. *Lippincott's Primary Care Practice*, *4*(2), 174-189.
- McGinn, L. K. y Young, J. E. (1996). Schema-focused therapy. En P. M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 182-207). New York: Guilford Press.
- McGrath, M., Cann, S. y Konopasky, R. (1998). New measures of defensiveness, empathy, and cognitive distortions for sexual offenders against children. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, *10*(1), 25-36. doi: 10.1177/107906329801000104.

- McKay, M., Davis, M. y Fanning, P. (1985). *Técnicas cognitivas para el control del estrés*. Barcelona: Martinez Roca.
- McKenry, P. C., Julian, T. W. y Gavazzi, S. M. (1995). Toward a biopsychosocial model of domestic violence. *Journal of Marriage & the Family*, 57(2), 307-320. doi:10.2307/353685.
- McLean, L. M. y Gallop, R. (2003). Implications of childhood sexual abuse for adult borderline personality disorder and complex posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 369-371. doi: 10.1176/appi.ajp.160.2.369.
- Meichenbaum, D. (1988). Terapias cognitivas-conductuales. En S. J. Lynn y J. P. Garske (Eds.), *Psicoterapias contemporáneas. Modelos y métodos* (pp. 331-362). Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Meichenbaum, D. (1977). *Cognitive-behavior modification: An integrative approach*. New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. y Novaco, R. (1978). Stress inoculation: A preventative approach. En C. D. Spielberger y I. Sarason (Eds.), *Stress and anxiety* (pp. 193-216). Washington, DC: Hemisphere.
- Merrill, L. L., Hervig, L. K. y Milner, J. S. (1996). Childhood parenting experiences, intimate partner conflict resolution, and adult risk for child physical abuse. *Child Abuse & Neglect*, 20(11), 1049-1065. doi: 10.1016/0145-2134(96)00094-4.
- Mestre, M. V., Tur, A. M., Samper, P. y Latorre, A. (2010). Inestabilidad emocional y agresividad: Factores predictores. *Ansiedad y Estrés*, 16(1), 33-45.
- Mestre, M. V., Samper, P., Nácher, M. J., Cortés, M. y Tur, A. M. (2005). Estilos de crianza y agresividad en la infancia. *Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 6, Actas de las comunicaciones y pósters presentados en el II Congreso Hispano-Portugués de Psicología (Lisboa, 2004).
- Meyer, C. y Gillings, K. (2004). Parental bonding and bulimic psychopathology: The mediating role of mistrust/abuse beliefs. *International Journal of Eating Disorders*, 35(2), 229-233. doi: 10.1002/eat.10236.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Casado, M. I. y Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo, S.T.A.X.I.-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Miguel-Tobal, J., Casado, M. I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C. D. (1997). El estudio de la ira en los trastornos cardiovasculares mediante el empleo del Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI). *Ansiedad y Estrés*, 3(1), 5-20.
- Miller, T. Q., Smith, T. W., Turner, C. W., Guijarro, M. L. y Hallet, A. J. (1996). Meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119(2), 322-348. doi:10.1037/0033-2909.119.2.322.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, axis II*. New York: John Wiley & Sons.

- Millon, T. (1983). *Millon Clinical Multiaxial Inventory*. Minneapolis: Interpretive Scoring Systems.
- Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II). manual* (2ª ed.). Minneapolis: National Computer System, Pearson.
- Millon, T. (1990). *Toward a new personology: An evolutionary model*. Oxford England: John Wiley & Sons.
- Millon, T. (1998). *MCMI-II. Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II. Manual*. (Adaptación Española). Madrid: Tea Ediciones.
- Millon, T. (2001). Theoretical perspectives. En W. J. Livesley (Ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment* (pp. 39-59). New York: Guilford Press.
- Millon, T. y Davis, R. D. (1998). *Trastornos de la personalidad; más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., Everly, G. S. y Millon, T. (1985). *Personality and its disorders: A biosocial learning approach*. New York: Wiley.
- Millon, T. y Grossman, S. (1999). *Personality-guided therapy*. New York: J. Wiley.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R. (2004). *Personality disorders in modern life* (2nd ed.). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnah, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (2ª ed.). Barcelona: Masson.
- Millon, T. y Millon, R. (January 1974). *Abnormal behavior and personality: A biosocial learning approach*. Philadelphia: Saunders, Ken & Georgie.
- Millon, T., Millon, C. y Davis, R. (1994). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) manual*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. (2011). *III informe anual del observatorio estatal de violencia sobre la mujer. 2010*. Madrid: N° 7. Colección contra la violencia de género. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Monson, C. M. y Langhinrichsen-Rohling, J. (1998). Sexual and nonsexual marital aggression: Legal considerations, epidemiology, and an integrated typology of perpetrators. *Aggression and Violent Behavior*, 3(4), 369-389. doi:10.1016/S1359-1789(97)00005-0.
- Moore, T. M., Eisler, R. M. y Franchina, J. J. (2000). Causal attributions and affective responses to provocative female partner behavior by abusive and nonabusive males. *Journal of Family Violence*, 15(1), 69-80. doi: 0.1023/A:1007501520734.

- Moore, T. M. y Stuart, G. L. (2004). Illicit substance use and intimate partner violence among men in batterers' intervention. *Psychology of Addictive Behaviors*, 18(4), 385-389. doi:10.1037/0893-164X.18.4.385.
- Moya, M. (1985). Identidad, roles y estereotipos de género. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 40(3), 457-472.
- Mullen, P. E. (1995). Jealousy and violence. *Hong Kong Journal of Psychiatry*, (5), 18-24.
- Mullender, A. (1996). *Rethinking domestic violence: The social work and probation response*. London; New York: Routledge.
- Muris, P. (2006). Maladaptive schemas in non-clinical adolescents: Relations to perceived parental rearing behaviours, big five personality factors and psychopathological symptoms. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 405-413. doi:10.1002/cpp.506.
- Murphy, C. M., Meyer, S. y O'Leary, K. D. (1994). Dependency characteristics of partner assaultive men. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 729-735. doi:10.1037/0021-843X.103.4.729.
- Murphy, C. M., Stosny, S. y Morrel, T. M. (2005). Change in self-esteem and physical aggression during treatment for partner violent men. *Journal of Family Violence*, 20(4), 201-210. doi:10.1007/s10896-005-5983-0.
- Murphy, C. M., Taft, C. T. y Eckhardt, C. I. (2007). Anger problem profiles among partner violent men: Differences in clinical presentation and treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology*, 54(2), 189-200. doi:10.1037/0022-0167.54.2.189.
- Musitu Ochoa, G., Román Sánchez, J. M. y Gracia Fuster, E. (1988). *Familia y educación: Prácticas educativas de los padres y socialización de los hijos*. Barcelona: Editorial Labor.
- Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (A/RES/48/104), artículo 1*. Ginebra: Naciones Unidas.
- Navarro, L. (2009). *Mujeres maltratadas por su pareja en el salvador: Características sociodemográficas y de salud*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Granada, Granada.
- Nayak, M. B., Byrne, C. A., Martin, M. K. y Abraham, A. G. (2003). Attitudes toward violence against women: A cross-nation study. *Sex Roles*, 49(7), 333-342. doi: 10.1023/A:1025108103617.
- Neff, J. A., Holamon, B. y Schluter, T. D. (1995). Spousal violence among Anglos, blacks, and Mexican Americans: The role of demographic variables, psychosocial predictors, and alcohol consumption. *Journal of Family Violence*, 10(1), 1-21. doi:10.1007/BF02110534.

- Neidig, P. H., Friedman, D. H. y Collins, B. S. (1986). Attitudinal characteristics of males who have engaged in spouse abuse. *Journal of Family Violence*, 1(3), 223-233. doi:10.1007/BF00978561.
- Nestor, P. G. (2002). Mental disorder and violence: Personality dimensions and clinical features. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 1973-1978. doi: 10.1176/appi.ajp.159.12.1973.
- Nicoló, G. y Nobile, M. S. (2008). El modelo del trastorno paranoide de la personalidad. En G. Dimaggio y A. Semerari (Eds.), *Los trastornos de la personalidad: Modelos y tratamiento* (pp. 473-514) Desclée de Brouwer.
- Nietzel, M. T. y Harris, M. J. (1990). Relationship of dependency and achievement/autonomy to depression. *Clinical Psychology Review*, 10(3), 279-297. doi:10.1016/0272-7358(90)90063-G.
- Nishith, P., Mechanic, M. B. y Resick, P. A. (2000). Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(1), 20-25. doi:10.1037/0021-843X.109.1.20.
- Nordahl, H. M., Holthe, H. y Haugum, J. A. (2005). Early maladaptive schemas in patients with or without personality disorders: Does schema modification predict symptomatic relief? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(2), 142-149. doi:10.1002/cpp.430.
- Nordahl, H. M. y Nysæter, T. E. (2005). Schema therapy for patients with borderline personality disorder: A single case series. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 254-264. doi:10.1016/j.jbtep.2005.05.007.
- Nordahl, H. M. y Stiles, T. C. (1997). Perceptions of parental bonding in patients with various personality disorders, lifetime depressive disorders, and healthy controls. *Journal of Personality Disorders*, 11(4), 391-402. doi: 10.1521/pedi.1997.11.4.391.
- Norden, K. A., Klein, D. N., Donaldson, S. K. y Pepper, C. M. (1995). Reports of the early home environment in DSM-III-R personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 9(3), 213-223.
- Norlander, B. y Eckhardt, C. (2005). Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 25(2), 119-152. doi:doi:10.1016/j.cpr.2004.10.001.
- Oatley, K. y Larocque, L. (1995). Everyday concepts of emotions following every-other-day errors in joint plans. En J. A. Russell, J. M. Fernández-Dols, A. S. R. Manstead & J. C. Wellenkamp (Eds.), *Everyday conceptions of emotion: An introduction to the psychology, anthropology and linguistics of emotion*. (pp. 145-165). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Observatorio contra la violencia doméstica y de género. (2009). *Datos de denuncias, procedimientos penales y civiles registrados, órdenes de protección en los juzgados de violencia sobre la mujer (JVM) y sentencias dictadas por los órganos jurisdiccionales en esta materia en el año 2008*. Documento obtenido el 13 de Octubre de 2010 en

http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1245828399_Datos_JV_M_2008.pdf

- Observatorio contra la violencia doméstica y de género. (2010a). *Datos de denuncias, procedimientos penales y civiles registrados, órdenes de protección en los juzgados de violencia sobre la mujer y sentencias dictadas por los órganos jurisdiccionales en esta materia en el año 2009*. Documento obtenido el 13 de Octubre de 2010 en <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?id=254>
- Observatorio contra la violencia doméstica y de género. (2010b). *Datos de denuncias, procedimientos penales y civiles registrados, órdenes de protección solicitadas en los juzgados de violencia sobre la mujer (JVM) y sentencias dictadas en el primer trimestre del año 2010*. Documento obtenido el 13 de Octubre de 2010 en <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?page=1&id=256>
- Observatorio contra la violencia doméstica y de género. (2010c). *Datos de denuncias, procedimientos penales y civiles registrados, órdenes de protección solicitadas en los juzgados de violencia sobre la mujer (JVM) y sentencias dictadas en el segundo trimestre del año 2010*. Documento obtenido el 13 de abril de 2011 en <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?page=1&id=264>
- Observatorio contra la violencia doméstica y de género. (2011). *Datos de denuncias, procedimientos penales y civiles registrados, órdenes de protección solicitadas en los juzgados de violencia sobre la mujer (JVM) y sentencias dictadas en el tercer trimestre del año 2010*. Documento obtenido el 13 de abril de 2011 en <http://www.observatorioviolencia.org/documentos.php?page=1&id=274>
- O'Farrell, T. J. y Murphy, C. M. (1995). Marital violence before and after alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 256-262. doi: 10.1037/0022-006X.63.2.256.
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S. y Lohr, N. E. (1990). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 147(8), 1008-1013.
- O'Hearn, H. G. y Margolin, G. (2000). Men's attitudes condoning marital aggression: A moderator between family of origin abuse and aggression against female partners. *Cognitive Therapy & Research*, 24(2), 159-174. doi: 10.1023/a:1005493908363.
- Okun, L. (1986). *Woman abuse: Facts replacing myths*. Albany: State University of New York Press.
- Oldham, J. M., Clarkin, J., Appelbaum, A., Carr, A., Kernberg, P., Lotterman, A. y Haas, G. (1985). A self-report instrument for borderline personality organization. En T. H. McGlashan (Ed.), *The borderline: Current empirical research*. (pp. 1-18). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- O'Leary, K. D. (1988). Physical aggression between spouses: A social learning theory perspective. En V. B. Van Hasselt, R. L. Morrison, A. S. Bellack & M. Hersen (Eds.), (pp. 31-55). New York: Plenum Press.

- O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims, 14*(1), 3-23.
- O'Neil, J. M. y Harway, M. (1997). A multivariate model explaining men's violence toward women. *Violence Against Women, 3*(2), 182-203. doi: 10.1177/1077801297003002005.
- Oosthuizen, C. M. y Wissing, M. P. (2005). Prevalence of violence against women: Distress, coping and psychological well-being. surviving the fire? *South African Journal of Psychology, 35*(4), 637-656.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: Meditor.
- Oriel, K. A. y Fleming, M. F. (1998). Screening men for partner violence in a primary care setting. *Journal of Family Practice, 46*(6), 493-498.
- Ortiz Martínez, A. (2005). *Violencia doméstica: Modelo multidimensional y programa de intervención*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Orúe, I. (2009). *Variables contextuales y cognitivas asociadas a la conducta agresiva en la infancia*. Tesis doctoral no publicada, Universidad de Deusto, Bilbao.
- Othmer, E. y Othmer, S. C. (1994). *The clinical interview using DSM IV: Volume 1, fundamentals*. St.Louis, MO: Mosby.
- Pan, H. S., Neidig, P. H. y O'Leary, K. D. (1994). Predicting mild and severe husband-to-wife physical aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(5), 975-981. doi:10.1037/0022-006X.62.5.975.
- Paris, J. (2005). Parenting and personality disorders. En R. M. Rapee (Ed.), *Psychopathology and the family*. (pp. 193-204). New York: Elsevier Science. doi:10.1016/B978-008044449-9/50011-3.
- Parrott, D. J. y Zeichner, A. (2003). Effects of trait anger and negative attitudes towards women on physical assault in dating relationships. *Journal of Family Violence, 18*(5), 301-307. doi:10.1023/A:1025169328498.
- Patrick, C. J. (2000). Emociones y psicopatía. En A. Raine y J. Sanmartín (Eds.), *Violencia y psicopatía* (1ª ed., pp. 88-118). Barcelona: Ariel.
- Pence, E. y Paymer, M. (1993). *Educational groups for men who batter: The Duluth Model*. New York: Springer.
- Pérez-Nieto, M. A., Camuñas, N., Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J. y Iruarrizaga, I. (2000). Anger and anger coping: A study of attributional styles. *Studia Psychologica, 42*(4), 289-302.
- Pérez-Nieto, M. Á., González-Ordi, H. y Redondo, M. M. ^a. (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud, 18*(3), 401-423.

- Pérez-Nieto, M. Á., Redondo, M. M. y León, M. (2008). Aproximaciones a la emoción de ira: De la conceptualización a la intervención psicológica. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción -REME-*, Vol. 11(28), Junio 2008-19 pg. Disponible en: <http://reme.uji.es/articulos/numero28/article6/texto.html>
- Peterson del Mar, D., (1996). *What trouble I have seen a history of violence against wives*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B. y Campbell, L. F. (2001a). Cognitive schemas as mediating variables of the relationship between the self-defeating personality and depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23(3), 183-191. doi: 10.1023/A:1010969321426.
- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B. y Campbell, L. F. (2001b). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 546-559. doi:10.1521/pedi.15.6.546.19189.
- Pilkonis, P. A. (1988). Personality prototypes among depressives: Themes of dependency and autonomy. *Journal of Personality Disorders*, 2(2), 144-152.
- Pinto-Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A. y Cunha, M. (2006). Early maladaptive schemas and social phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571-584. doi: 10.1007/s10608-006-9027-8.
- Polaschek, D. L. L. y Ward, T. (2002). The implicit theories of potential rapists what our questionnaires tell us. *Aggression and Violent Behavior*, 7(4), 385-406. doi: 10.1016/S1359-1789(01)00063-5.
- Polk, K. y Ranson, D. (1991). The role of gender in intimate homicide. *Australian & New Zealand Journal of Criminology*, 24(1), 15-24. doi:10.1177/000486589102400102..
- Pretzer, J. L. (1988). Paranoid personality disorder: A cognitive view. *International Cognitive Therapy Newsletter*, 4(4), 10-12.
- Pretzer, J. L. y Beck, A. T. (1996). A cognitive theory of personality disorders. En M. F. Lenzenweger (Ed.), *Major theories of personality disorder*. (pp. 36-105). New York: Guilford Press.
- Prince, J. E. y Arias, I. (1994). The role of perceived control and the desirability of control among abusive and nonabusive husbands. *The American Journal of Family Therapy*, 22(2), 126-134. doi:10.1080/01926189408251306.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. doi:10.1037/h0088437.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390-395. doi:10.1037/0022-006X.51.3.390.

- Rafaeli, E., Bernstein, D. P. y Young, J. E.,. (2011). *Schema therapy: Distinctive features*. Hove, East Sussex; New York: Routledge.
- Ragg, D. M. (1999). Dimensions of self-concept as predictors of men who assault their female partners. *Journal of Family Violence*, 14(3), 315-329.
- Raine, A. (1993). *The psychopathology of crime: Criminal behavior as a clinical disorder*. London: Academic Press.
- Raine, A. (2002). Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: A review. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 311-326. doi:10.1023/A:1015754122318.
- Raine, A., Buchsbaum, M. S., Stanley, J. y Lottenberg, S. (1994). Selective reductions in prefrontal glucose metabolism in murderers. *Biological Psychiatry*, 36(6), 365-373. doi:10.1016/0006-3223(94)91211-4.
- Raine, A. y Sanmartín, J. (2000). *Violencia y psicopatía* (1ª ed.). Barcelona: Ariel.
- Ramírez, J. M. y Andreu, J. M. (2006). Aggression, and some related psychological constructs (anger, hostility, and impulsivity) some comments from a research project. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 30(3), 276-291. doi:10.1016/j.neubiorev.2005.04.015.
- Ramírez-Castillo, M. A. (2002). Prácticas de crianza de riesgo y problemas de conducta en los hijos. *Apuntes de Psicología*, 20(2), 273-282.
- Ramos, B. M., Carlson, B. E. y McNutt, L. (2004). Lifetime abuse, mental health, and african american women. *Journal of Family Violence*, 19(3), 153-164. doi:10.1023/B:JOFV.0000028075.94410.85.
- Ramsey, A., Watson, P. J., Biderman, M. D. y Reeves, A. L. (1996). Self-reported narcissism and perceived parental permissiveness and authoritarianism. *The Journal of Genetic Psychology: Research and Theory on Human Development*, 157(2), 227-238. doi:10.1080/00221325.1996.9914860.
- Rando, R. A., Rogers, J. R. y Brittan-Powell, C. (1998). Gender role conflict and college men's sexually aggressive attitudes and behavior. *Journal of Mental Health Counseling*, 20(4), 359.
- Rasmussen, K., Storsæter, O. y Levander, S. (1999). Personality disorders, psychopathy, and crime in a norwegian prison population. *International Journal of Law and Psychiatry*, 22(1), 91-97. doi:10.1016/S0160-2527(98)00031-4.
- Rathus, J. H. (1995). *Attachment, coercive control, and wife abuse*. Dissertation Abstracts International, 55(9). (1995-95005-056).
- Rathus, J. H. y O'Leary, K. D. (1997). Spouse-specific dependency scale: Scale development. *Journal of Family Violence*, 12(2), 159-168.

- Raya, A. F., Pino, M. J. y Herruzo, J. (2009). La agresividad en la infancia: El estilo de crianza parental como factor relacionado. *European Journal of Education and Psychology*, 2(3), 211-222.
- Reeves, M. y Taylor, J. (2007). Specific relationships between core beliefs and personality disorder symptoms in a non-clinical sample. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 14(2), 96-104. doi:10.1002/cpp.519.
- Reitzel-Jaffe, D. y Wolfe, D. A. (2001). Predictors of relationship abuse among young men. *Journal of Interpersonal Violence*, 16(2), 99.
- Rennison, C. M. (2003). *Intimate partner violence, 1993-2001*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.
- Renzetti, C. M. (1992). *Violent betrayal: Partner abuse in lesbian relationships*. Newbury Park, California: Sage Publications.
- Renzetti, C. M., Edleson, J. L. y Bergen, R. K. (2001). *The sourcebook on violence against women*. London: Sage Publications.
- Resnick, H., Acierno, R., Holmes, M., Dammeyer, M. y Kilpatrick, D. (2000). Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1317-1333. doi: 10.1002/1097-4679(200010)56:10<1317::aid-jclp5>3.0.co;2-h.
- Reti, I. M., Samuels, J. F., Eaton, W. W., Bienvenu, O. J., III, Costa, P. T., J. y Nestadt, G. (2002). Adult antisocial personality traits are associated with experience of low parental care and maternal overprotection. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106(2), 126-133. doi:10.1034/j.1600-0447.2002.02305.x
- Richardson, G. (2005). Early maladaptive schemas in a sample of british adolescent sexual abusers: Implications for therapy. *Journal of Sexual Aggression*, 11(3), 259-276. doi:10.1080/13552600500402419.
- Riggs, D. S. y O'Leary, K. D. (1989). A theoretical model of courtship aggression. En M. Pirog-Good y J. Stets (Eds.), *Aggression in dating relationships: Emerging social issues* (pp. 53-71). New York: Praeger.
- Riggs, D. S., Caulfield, M. B. y Street, A. E. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1289-1316. doi: 10.1002/1097-4679(200010)56:10<1289::AID-JCLP4>3.0.CO;2-Z.
- Rincón, P. P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid.
- Rinfret-Raynor, M., Riou, A., Cantin, S., Drouin, C. y Dubé, M. (2004). A survey on violence against female partners in Québec, Canada. *Violence Against Women*, 10(7), 709-728. doi: 10.1177/1077801204265548.

- Riso, L. P., du Toit, P. L., Blandino, J. A., Penna, S., Dacey, S., Duin, J. S., . . . Ulmer, C. S. (2003). Cognitive aspects of chronic depression. *Journal of Abnormal Psychology, 112*(1), 72-80. doi:10.1037/0021-843X.112.1.72.
- Riso, W. (2009). *Terapia cognitiva*. Barcelona: Paidós.
- Roa, L. y Del Barrio, V. (2002). Cuestionario de percepción de crianza para niños y adolescentes. *Psicología Educativa, 8*(1), 37-51.
- Roberts, A., Yang, M., Zhang, T. y Coid, J. (2008). Personality disorder, temperament, and childhood adversity: Findings from a cohort of prisoners in England and Wales. *Journal of Forensic Psychiatry and Psychology, 19*(4), 460-483. doi:10.1080/14789940801936597.
- Roberts, K. A. (2005). Women's experience of violence during stalking by former romantic partners: Factors predictive of stalking violence. *Violence Against Women, 11*(1), 89-114. doi:10.1177/1077801204271096.
- Robertson, K. y Murachver, T. (2009). Attitudes and attributions associated with female and male partner violence. *Journal of Applied Social Psychology, 39*(7), 1481-1512. doi:10.1111/j.1559-1816.2009.00492.x.
- Robinson, D. T. y Schwartz, J. P. (2004). Relationship between gender role conflict and attitudes toward women and african americans. *Psychology of Men & Masculinity, 5*(1), 65-71. doi:10.1037/1524-9220.5.1.65.
- Rodríguez-Biezma, M. J. y Fernández-Guinea, S. (2006). Disfunción neuropsicológica en maltratadores. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 6*(1-2), 83-101.
- Rodríguez-Carballeira, Á., Almendros, C., Escartín, J., Porrúa, C., Martín-Peña, J., Javaloy, F. y Carrobes, J. A. (2005). Un estudio comparativo de las estrategias de abuso psicológico: En pareja, en el lugar de trabajo y en grupos manipulativos. *Anuario de Psicología, 36*(3), 299-314.
- Romano, E., Tremblay, R. E., Boulerice, B. y Swisher, R. (2005). Multilevel correlates of childhood physical aggression and prosocial behavior. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*(5), 565-578. doi:10.1007/s10802-005-6738-3.
- Rosenbaum, A. y Leisring, P. A. (2003). Beyond power and control: Towards an understanding of partner abusive men. *Journal of Comparative Family Studies, 34*(1), 7-22.
- Ross, J. y Babcock, J. (2009). Proactive and reactive violence among intimate partner violent men diagnosed with antisocial and borderline personality disorder. *Journal of Family Violence, 24*(8), 607-617. doi:10.1007/s10896-009-9259-y.
- Rothschild, B., Dimson, C., Storaasli, R. y Clapp, L. (1997). Personality profiles of veterans entering treatment for domestic violence. *Journal of Family Violence, 12*(3), 259-274.

- Ruiz, J. M., Smith, T. W. y Rhodewalt, F. (2001). Distinguishing narcissism and hostility: Similarities and differences in interpersonal circumplex and five-factor correlates. *Journal of Personality Assessment*, 76(3), 537-555. doi: 10.1207/S15327752JPA7603_12.
- Ruiz-Pérez, I., Mata-Pariente, N. y Plazaola-Castaño, J. (2006). Women's response to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(9), 1156-1168. doi:10.1177/0886260506290421.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Vives-Cases, C., Montero-Piñar, M. I., Escribà-Agüir, V., Jiménez-Gutiérrez, E. y Martín-Baena, D. (2010). Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gaceta Sanitaria*, 24(2) doi:10.1016/j.gaceta.2009.10.014.
- Russell, R. J. y Hulson, B. (1992). Physical and psychological abuse of heterosexual partners. *Personality and Individual Differences*, 13(4), 457-473. doi:10.1016/0191-8869(92)90075-Z.
- Salmivalli, C. (2001). Feeling good about oneself, being bad to others? Remarks on self-esteem, hostility, and aggressive behavior. *Aggression and Violent Behavior*, 6(4), 375-393. doi:10.1016/S1359-1789(00)00012-4.
- Saltzman, L. E., Fanslow, J. L., McMahon, P. M. y Shelley, G. A. (1999). *Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements*. Atlanta, Georgia: Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Injury Prevention and Control.
- Samper, P., Aparici, G. y Mestre, V. (2006). La agresividad auto y heteroevaluada: Variables implicadas. *Acción Psicológica*, 4(2), 155-168.
- Sanders, D. y Wills, F. (2005). *Cognitive therapy: An introduction*. London; Sage publications.
- Sanmartín, J. (2004). *El laberinto de la violencia* (1ª ed.). Barcelona: Ariel.
- Sanmartín, J. (2007). *II informe internacional. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*. Serie de documentos nº 11. Valencia: Centro Reina Sofía.
- Sanmartín, J., Farnós, T., Capel, J. L. y Molina, A. (2000). *Violencia contra la mujer. Situación actual mundial*. Valencia: Centro Reina Sofía.
- Sanmartín, J., Iborra, I., García, Y. y Martínez, P. (2010). *III informe internacional. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*. Serie de documentos nº 16. Valencia: Centro Reina Sofía.
- Sanmartín, J., Molina, A. y García, Y. (2003). *Informe internacional. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*. Serie de documentos nº5. Valencia: Centro Reina Sofía.

- Sanz, J., Magán, I. y García-Vera, M. P. (2006). Personalidad y el síndrome AHI (agresión-hostilidad-ira): Relación de los cinco grandes con ira y hostilidad. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 6, 153-176.
- Sanz, J. y Vazquez, C. (1991). Trastornos depresivos (II): productos, operaciones, proposiciones y estructuras cognitivas. En A. Belloch y E. Ibáñez (Eds.), *Manual de Psicopatología*. (Vol 2. pp. 785-875). Valencia: Promolibro.
- Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.
- Saunders, D. G. (1992). A typology of men who batter: Three types derived from cluster analysis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62(2), 264-275. doi:10.1037/h0079333.
- Schafer, J. (1996). Measuring spousal violence with the conflict tactics scale. *Journal of Interpersonal Violence*, 11(4), 572-585. doi:10.1177/088626096011004008.
- Schalling, D., Edman, G. y Asberg, M. (1983). Impulsive cognitive style and inability to tolerate boredom: Psychobiological studies of temperament vulnerability. En M. Zuckerman (Ed.), *Biological bases of sensation seeking, impulsivity, and anxiety* (pp. 123-150). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schmidt, N. B. (1994). The schema questionnaire and the schema avoidance questionnaire. *Behavior Therapist*, 17(4), 90-92.
- Schmidt, N. B., Joiner, T., Young, J. y Telch, M. (1995). The schema questionnaire: Investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemas. *Cognitive Therapy and Research*, 19(3), 295-321. doi:10.1007/BF02230402.
- Schumacher, J. A., Feldbau-Kohn, S., Slep, A. M. S. y Heyman, R. E. (2001). Risk factors for male-to-female partner physical abuse. *Aggression and Violent Behavior*, 6(2-3), 281-352. doi:10.1016/S1359-1789(00)00027-6.
- Schwartz, J. P., Waldo, M. y Daniel, D. (2005). Gender-role conflict and self-esteem: Factors associated with partner abuse in court-referred men. *Psychology of Men & Masculinity*, 6(2), 109-113. doi:10.1037/1524-9220.6.2.109.
- Segal, Z. V. (1988). Appraisal of the self-schema construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin*, 103(2), 147-162. doi:10.1037/0033-2909.103.2.147.
- Segal, Z. V., Shaw, B. F., Vella, D. D. y Katz, R. (1992). Cognitive and life stress predictors of relapse in remitted unipolar depressed patients: Test of the congruency hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 26-36. doi:10.1037/0021-843X.101.1.26.
- Segal, Z. V. y Swallow, S. R. (1994). Cognitive assessment of unipolar depression: Measuring products, processes and structures. *Behaviour Research and Therapy*, 32(1), 147-158. doi:10.1016/0005-7967(94)90097-3.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: W. H. Freeman.

- Selzer, M. L. (1971). The Michigan Alcoholism Screening Test: The quest for a new diagnostic instrument. *The American Journal of Psychiatry*, 127(12), 1653-1658. doi:10.1176/appi.ajp.127.12.1653.
- Serran, G. y Firestone, P. (2004). Intimate partner homicide: A review of the male proprietariness and the self-defense theories. *Aggression & Violent Behavior*, 9(1), 1. doi:10.1016/S1359-1789(02)00107-6.
- Shah, R. y Waller, G. (2000). Parental style and vulnerability to depression: The role of core beliefs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(1), 19-25. doi:10.1097/00005053-200001000-00004.
- Shapiro, D. (1965). *Neurotic styles*. New York: BasicBooks.
- Shavelson, R. J., Hubner, J. J. y Stanton, G. C. (1976). Self-concept: Validation of construct interpretations. *Review of Educational Research*, 46(3), 407-441.
- Sheffield, A., Waller, G., Emanuelli, F., Murray, J. y Meyer, C. (2006). Links between parenting and core beliefs: Preliminary psychometric validation of the Young Parenting Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 787-802. doi:10.1007/s10608-005-4291-6.
- Shields, N. M. y Hanneke, C. R. (1983). Attribution processes in violent relationships: Perceptions of violent husbands and their wives. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(6), 515-527. doi:10.1111/j.1559-1816.1983.tb02334.x.
- Shields, N. M., McCall, G. J. y Hanneke, C. R. (1988). Patterns of family and nonfamily violence: Violent husbands and violent men. *Violence and Victims*, 3(2), 83-97.
- Siegel, J. M. (1986). The Multidimensional Anger Inventory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(1), 191-200. doi:10.1037/0022-3514.51.1.191.
- Sines, J., Waller, G., Meyer, C. y Wigley, L. (2008). Core beliefs and narcissistic characteristics among eating-disordered and non-clinical women. *Psychology & Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 81(2), 121-129. doi:10.1348/147608307X267496.
- Skinner, B. F. (1953). *Science and human behaviour*. New York: Macmillan.
- Smith, T. W. (1994). Concepts and methods in the study of anger, hostility, and health. En A. W. Siegman y T. W. Smith (Eds.), *Anger, hostility, and the heart* (pp. 23-42). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Smith, M. D. (1990). Patriarchal ideology and wife beating: A test of a feminist hypothesis. *Violence and Victims*, 5(4), 257-273.
- Sonkin, D. J., Martin, D. y Walker, L. E. (1985). *The male batterer: A treatment approach*. New York: Springer Pub. Co.

- Specht, M. W., Chapman, A. y Cellucci, T. (2009). Schemas and borderline personality disorder symptoms in incarcerated women. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 256-264. doi:10.1016/j.jbtep.2008.12.005.
- Specht, M. W. (2005). *Predictive validity of the implicit association test and young schema questionnaire for borderline personality features: An implicit versus explicit comparison*. *Dissertation Abstracts International*, 66(6) (2005-99024-016).
- Sperry, L. (2003). *Handbook of diagnosis and treatment of DSM-IV-TR personality disorders*. New York: Brunner-Routledge.
- Spielberger, C. D. (1988). *Manual for the State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI)*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D. (1991). *State-Trait Anger Expression Inventory (STAXI). Revised research edition*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Spielberger, C. D., Jacobs, G., Russell, S. y Crane, R. (1983). Assessment of anger: The State-Trait Anger Scale. En J. N. Butcher y C. D. Spielberger (Eds.), *Advances in personality assessment* (pp. 159-187). Hillsdale, NJ.: Lawrence Erlbaum.
- Spitzer, R. L., Feister, S., Gay, M. y Pfohl, B. (1991). Results of a survey of forensic psychiatrists on the validity of the sadistic personality disorder diagnosis. *The American Journal of Psychiatry*, 148(7), 875-879.
- Stark, E. y Flitcraft, A., (1996). *Women at risk: Domestic violence and women's health*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Stets, J. E. (1990). Verbal and physical aggression in marriage. *Journal of Marriage & Family*, 52(2), 501-514.
- Stith, S. M. (1990). Police response to domestic violence: The influence of individual and familial factors. *Violence and Victims*, 5(1), 37-49.
- Stith, S. M. y Farley, S. C. (1993). A predictive model of male spousal violence. *Journal of Family Violence*, 8(2), 183-201. doi:10.1007/BF00981767.
- Stith, S. M., Green, N., Smith, D. y Ward, D. (2008). Marital satisfaction and marital discord as risk markers for intimate partner violence: A meta-analytic review. *Journal of Family Violence*, 23(3), 149-160. doi:10.1007/s10896-007-9137-4.
- Stith, S. M., Jester, S. B. y Bird, G. W. (1992). A typology of college students who use violence in their dating relationships. *Journal of College Student Development*, 33(5), 411-421.
- Stith, S. M. y Rosen, K. (1992). Estudio de la violencia doméstica. En S. Stith, M. Williams & K. Rosen (Eds.), *Psicosociología de la violencia en el hogar. Estudio, consecuencias y tratamientos* (pp. 27-47). Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Stith, S. M., Rosen, K. H., Middleton, K. A., Busch, A. L., Lundeberg, K. y Carlton, R. P. (2000). The intergenerational transmission of spouse abuse: A meta-analysis. *Journal of Marriage & the Family*, 62(3), 640-654. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.00640.x.
- Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B. y Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression & Violent Behavior*, 10(1), 65-98. doi:10.1016/j.avb.2003.09.001.
- Stosny, S. (2005). Group treatment of intimate partner abusers. En G. L. Greif y P. H. Ephross (Eds.), *Group work with populations at risk* (pp. 223-237). Oxford: Oxford University Press.
- Stosny, S. (1995). *Treating attachment abuse: A compassionate approach*. New York: Springer Pub. Co.
- Straus, M. A. (1974). Leveling, civility, and violence in the family. *Journal of Marriage and the Family*, 36(1), 13-28.
- Straus, M. A. (1979). Measuring intrafamily conflict and violence: The conflict tactics (CT) scales. *Journal of Marriage & Family*, 41(1), 75-88.
- Straus, M. A. (1990). The Conflict Tactics Scale and its critics: An evaluation and new data on validity and reliability. En M. A. Straus y R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families* (pp. 49-73). New Brunswick, NJ.: Transaction.
- Straus, M. A. (2003). *Sex, violence, politics, and the CTS*. Documento obtenido el 13 de Octubre de 2010 de la Universidad de New Hampshire, Family Research Laboratory. Disponible en: <http://pubpages.unh.edu/~mas2/CTS41A.pdf>
- Straus, M. A. (2004a). *Bibliography and tabular summary of publications on the revised Conflict Tactics Scales (CTS2 and CTSPC)*. Documento obtenido el 13 de Octubre de 2010 de la Universidad de New Hampshire, Family Research Laboratory. Disponible en: <http://pubpages.unh.edu/~mas2/CTS39J.htm>
- Straus, M. A. (2004b). Cross-cultural reliability and validity of the revised conflict tactics scales: A study of university student dating couples in 17 nations. *Cross-Cultural Research: The Journal of Comparative Social Science*, 38(4), 407-432. doi:10.1177/1069397104269543.
- Straus, M. A. y Gelles, R. J. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage & the Family*, 48(3), 465-479. doi:10.2307/352033.
- Straus, M. A. y Gelles, R. J. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. New Brunswick, NJ.: Transaction.
- Straus, M. A., Gelles, R. J. y Steinmetz, S. K. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family*. Garden City, New York: Anchor Press/Doubleday.

- Straus, M. A., Hamby, S., Boney-McCoy, S. y Sugarman, D. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17(3), 283-316. doi:10.1177/019251396017003001.
- Straus, M. A. y Smith, C. (1990). Violence in Hispanic families in the United States: Incidence rates and structural interpretations. En M. A. Straus y R. J. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families* (pp. 341-368). New Brunswick, NJ.: Transaction.
- Subijana, I. J. (2009). La violencia en la relación de pareja: La protección de las víctimas en el sistema institucional de justicia. En E. Echeburúa, J. Fernández-Montalvo y P. Corral (Eds.), *Predicción del riesgo de homicidio y de violencia grave en la relación de pareja: Instrumentos de evaluación del riesgo y adopción de medidas de protección*. (pp. 115-136). Serie documentos nº 15. Valencia: Centro Reina Sofía.
- Sugarman, D. B., Aldarondo, E. y Boney-McCoy, S. (1996). Risk marker analysis of husband-to-wife violence: A continuum of aggression. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(4), 313-337. doi:10.1111/j.1559-1816.1996.tb01852.x.
- Sugarman, D. B. y Frankel, S. L. (1996). Patriarchal ideology and wife-assault: A meta-analytic review. *Journal of Family Violence*, 11(1), 13-40. doi:10.1007/BF02333338.
- Sugarman, D. B. y Hotaling, G. T. (1989). Dating violence: Prevalence, context, and risk markers. En J. E. Stets (Ed.), *Violence in dating relationships: Emerging social issues*. (pp. 3-32). New York: Praeger Publishers.
- Sullivan, H. S. (1956). *Clinical studies in psychiatry*. New York: Norton.
- Sweeney, S. y Key, L. J. (1982). Psychological issues in counseling batterers. *Theology, News, and Notes*, (June), 12-16.
- Taylor, W. K., Magnussen, L. y Amundson, M. J. (2001). The lived experience of battered women. *Violence Against Women*, 7(5), 563-585. doi: 10.1177/10778010122182604.
- Telch, C. F. y Lindquist, C. U. (1984). Violent versus nonviolent couples: A comparison of patterns. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 21(2), 242-248. doi:10.1037/h0085979.
- Tellez-Vargas, J. E. (2006). Impulsividad y suicidio. En J. E. Tellez-Vargas y J. Forero-Vargas (Eds.), *Suicidio: Neurobiología, factores de riesgo y prevención* (pp. 62-80). Colombia: Asociación Colombiana de Psiquiatría Biológica.
- Thimm, J. C. (2010). Mediation of early maladaptive schemas between perceptions of parental rearing style and personality disorder symptoms. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 41(1), 52-59. doi:10.1016/j.jbtep.2009.10.001.
- Timmerman, I. G. H. y Emmelkamp, P. M. G. (2001). The prevalence and comorbidity of axis I and axis II pathology in a group of forensic patients. *International Journal of Offender Therapy & Comparative Criminology*, 45(2), 198-213. doi:10.1177/0306624X01452006.

- Tjaden, P. y Thoennes, N. (2000). Prevalence and consequences of male-to-female and female-to-male partner violence as measured by the national violence against women survey. *Violence Against Women*, 6(2), 142-161. doi: 10.1177/10778010022181769.
- Tobeña, A. (2001). *Anatomía de la agresividad humana. De la violencia infantil al belicismo*. Barcelona: Galaxia Gutenberg.
- Tolman, R. M. (1989). The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence and Victims*, 4(3), 159-177.
- Tonizzo, S., Howells, K., Day, A., Reidpath, D. y Froyland, I. (2000). Attributions of negative partner behavior by men who physically abuse their partners. *Journal of Family Violence*, 15(2), 155-167.
- Torres, C. (2002). *Early maladaptive schemas and cognitive distortions in psychopathy and narcissism*. Tesis doctoral no publicada, The Australian National University, Canberra, Australia.
- Tremblay, P. F. y Dozois, D. J. A. (2009). Another perspective on trait aggressiveness: Overlap with early maladaptive schemas. *Personality and Individual Differences*, 46(5-6), 569-574. doi:10.1016/j.paid.2008.12.009.
- Tur, A. M., Mestre, M. V. y del Barrio, V. (2004a). Los problemas de conducta exteriorizados e interiorizados en la adolescencia: Relaciones con los hábitos de crianza y con el temperamento. *Acción Psicológica*, 3(3), 207-221.
- Tur, A. M., Mestre, M. V. y del Barrio, M. V. (2004b). Factores moduladores de la conducta agresiva y prosocial. el efecto de los hábitos de crianza en la conducta del adolescente. *Ansiedad y Estrés*, 10(1), 75-88.
- Turkat, I. D. (1990). *The personality disorders: A psychological approach to clinical management*. New York: Pergamon Press.
- Turner, H. M., Rose, K. S. y Cooper, M. J. (2005a). Parental bonding and eating disorder symptoms in adolescents: The meditating role of core beliefs. *Eating Behaviors*, 6(2), 113-118. doi:10.1016/j.eatbeh.2004.08.010.
- Turner, H. M., Rose, K. S. y Cooper, M. J. (2005b). Schema and parental bonding in overweight and nonoverweight female adolescents. *International Journal of Obesity*, 29(4), 381-387. doi:10.1038/sj.ijo.0802915.
- Tweed, R. G. y Dutton, D. G. (1998). A comparison of impulsive and instrumental subgroups of batterers. *Violence and Victims*, 13(3), 217-230.
- Tye, C. y Mullen, P. (2006). Mental disorders in female prisoners. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 40(3), 266-271. doi:10.1111/j.1440-1614.2006.01784.x.
- Unicef. (2000). *La violencia doméstica contra mujeres y niñas. Informe Innocenti, n° 6*. Florencia, Italia: Unicef.

- Unoka, Z., Tölgyes, T., Czobor, P. y Simon, L. (2010). Eating disorder behavior and early maladaptive schemas in subgroups of eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(6), 425-431. doi:10.1097/NMD.0b013e3181e07d3d.
- Vallejo Ruiloba, J. (1998). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría* (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Van Vlierberghe, L., Braet, C. y Goossens, L. (2009). Dysfunctional schemas and eating pathology in overweight youth: A case-control study. *International Journal of Eating Disorders*, 42(5), 437-442. doi:10.1002/eat.20638.
- Vanhouche, W. y Vertommen, H. (1999). Assessing cognitive distortions in sex offenders: A review of commonly used versus recently developed instruments. *Psychologica Belgica*, 39(2-3), 163-187.
- Vigil-Colet, A., Morales-Vives, F. y Tous, J. (2008). The relationships between functional and dysfunctional impulsivity and aggression across different samples. *The Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 480-487.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: Su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Vold, G. y Bernard, T. J. (1986). *Theoretical criminology* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Wade, J. C. y Brittan-Powell, C. (2001). Men's attitudes toward race and gender equity: The importance of masculinity ideology, gender-related traits, and reference group identity dependence. *Psychology of Men & Masculinity*, 2(1), 42-50. doi:10.1037/1524-9220.2.1.42.
- Walby, S. (2005). Improving the statistics on violence against women. *Statistical Journal of the United Nations Economic Commission for Europe*, 22(3-4), 193-216. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/egm/vaw-stat-2005/docs/expert-papers/walby.pdf>
- Walker, L. E. (1979). *The battered women*. New York: Harper y Row Publishers.
- Walker, L. E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer Publishing Co.
- Walker, L. E. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44(4), 695-702. doi:10.1037/0003-066X.44.4.695.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54(1), 21-29. doi:10.1037/0003-066X.54.1.21.
- Wallach, H. y Sela, T. (2008). The importance of male batterers' attributions in understanding and preventing domestic violence. *Journal of Family Violence*, 23(7), 655-660. doi:10.1007/s10896-008-9189-0.

- Waller, G., Dickson, C. y Ohanian, V. (2002). Cognitive content in bulimic disorders: Core beliefs and eating attitudes. *Eating Behaviors*, 3(2), 171-178. doi:10.1016/S1471-0153(01)00056-3.
- Waller, G., Meyer, C. y Ohanian, V. (2001). Psychometric properties of the long and short versions of the young schema questionnaire: Core beliefs among bulimic and comparison women. *Cognitive Therapy and Research*, 25(2), 137-147. doi:10.1023/A:1026487018110.
- 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(4), 658-669. doi:10.1037/0022-006X.68.4.658.
- Ward, T. (2000). Sexual offenders' cognitive distortions as implicit theories. *Aggression and Violent Behavior*, 5(5), 491-507. doi:10.1016/S1359-1789(98)00036-6.
- Ward, T., Hudson, S. M., Johnston, L. y Marshall, W. L. (1997). Cognitive distortions in sex offenders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 17(5), 479-507. doi:10.1016/S0272-7358(97)81034-3.
- Washburn, J. J., McMahon, S. D., King, C. A., Reinecke, M. A. y Silver, C. (2004). Narcissistic features in young adolescents: Relations to aggression and internalizing symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 33(3), 247-260. doi:10.1023/B:JOYO.0000025323.94929.d9
- Weaver, T. L. y Clum, G. A. (1993). Early family environments and traumatic experiences associated with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(6), 1068-1075. doi:10.1037/0022-006X.61.6.1068.
- Weiner, B. (1986). *An attributional theory of motivation and emotion*. New York: Springer-Verlag.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A. y Jordan, S. (2002). The schema Questionnaire—Short form: Factor analysis and relationship between schemas and symptoms. *Cognitive Therapy & Research*, 26(4), 519-530. doi:10.1023/A:1016231902020.
- White, G. L. (1981). Some correlates of romantic jealousy. *Journal of Personality*, 49(2), 129. doi:10.1111/1467-6494.ep7383249.
- White, R. J. y Gondolf, E. W. (2000). Implications of personality profiles for batterer treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(5), 467-488. doi:10.1177/088626000015005002.
- Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R. y Felitti, V. J. (2003). Violent childhood experiences and the risk of intimate partner violence in adults: Assessment in a large health maintenance organization. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(2), 166-185. doi:10.1177/0886260502238733.

- Widiger, T. A. y Frances, A. (1987). Interviews and inventories for the measurement of personality disorders. *Clinical Psychology Review*, 7(1), 49-75. doi:10.1016/0272-7358(87)90004-3.
- Widom, C. S. (1989). Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin*, 106(1), 3-28. doi:10.1037/0033-2909.106.1.3.
- Wigman, S., Graham-Kevan, N. y Archer, J. (2008). Investigating sub-groups of harassers: The roles of attachment, dependency, jealousy and aggression. *Journal of Family Violence*, 23(7), 557-568. doi:10.1007/s10896-008-9171-x.
- Wilkes, T. C. R., Belsher, G., Rush, A. J. y Frank, E. (1994). *Cognitive therapy for depressed adolescents*. New York: Guilford Press.
- Williams, J. M. G., Watts, F. N., Macleod, C. y Mathews, A. (1997). *Cognitive psychology and emotional disorders*. Chichester: J. Wiley & sons.
- Wilson, M. y Daly, M. (1998). Lethal and nonlethal violence against wives and the evolutionary psychology of male sexual proprietariness. En R. P. Dobash (Ed.), *Rethinking violence against women*. (pp. 199-230). Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- Winberg, M. y Vilalta, R. J. (2009). Evaluación de trastornos de personalidad mediante el Inventario Clínico Multiaxial (MCMI-II) en una muestra forense. *Psicothema*, 21(4), 610-614.
- Wolfgang, M. E. y Ferracuti, F. (1982). *The subculture of violence: Towards an integrated theory in criminology*. Thousand Oaks, California: Sage.
- Young, J. E. (2003). *The Young Parenting Inventory*. Documento obtenido el 2 de Mayo de 2009 en: <http://www.schematherapy.com>
- Young, J. E. y Brown, G. (1990). *Young schema questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E. y Brown, G. (1994). *Young schema questionnaire - SI*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd ed.)*. Sarasota, Florida: Professional Resource Press/Professional Resource Exchange.
- Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Young, J. E. y Klosko, J. (2007). Terapia de esquemas. En J. M. Oldham, A. E. Skodol y D. S. Bender (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 289-307). Barcelona: Elsevier Masson.

- Young, J. E. y Klosko, J. S. (2001). *Reinventar tu vida: Cómo superar las actitudes negativas y sentirse bien de nuevo*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Yu, R., Wang, Z., Qian, F., Jang, K. L., Livesley, W. J., Paris, J., . . . Wang, W. (2007). Perceived parenting styles and disordered personality traits in adolescent and adult students and in personality disorder patients. *Social Behavior and Personality*, 35(5), 587-598. doi:10.2224/sbp.2007.35.5.587.
- Zelli, A., Dodge, K. A., Lochman, J. E., Laird, R. D. y Conduct Problems Prevention, R. G. (1999). The distinction between beliefs legitimizing aggression and deviant processing of social cues: Testing measurement validity and the hypothesis that biased processing mediates the effects of beliefs on aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(1), 150-166. doi:10.1037/0022-3514.77.1.150.
- 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* (pp. 129-152). Madrid: Pirámide.

12. ANEXOS

INSTRUCCIONES

En este cuadernillo hay una serie de cuestionarios sobre los sentimientos, ideas y conductas que una persona puede tener sobre diversos aspectos de la vida y sobre los conflictos en la pareja. Todas las respuestas son anónimas ya que no hay que indicar datos de identificación en ningún lugar del cuadernillo.

Tus respuestas son muy valiosas para conocer mejor las circunstancias que pueden conducir a conflictos en las relaciones de pareja. Por este motivo agradecemos mucho tu colaboración.

Por favor, indica:

TU EDAD: _____

TU PAÍS DE NACIMIENTO: _____

A continuación encontrarás una lista de frases que una persona puede utilizar para describirse a sí misma. Por favor, lee cada frase y decide el grado de exactitud con que te describe. Cuando no estés seguro/a, basa tu respuesta en lo que *emocionalmente sientes no en lo que piensas que es verdad*. Escoge la puntuación más elevada de 1 a 6 que te describe y márcalo junto a cada frase.

ESCALA DE PUNTUACIONES

1 = Totalmente falso

2 = La mayoría de las veces falso

3 = Más falso que verdadero

4 = Más verdadero que falso

5 = La mayoría de las veces verdadero

6 = Me describe perfectamente

1. Presiento que la gente se aprovechará de mí.	1 2 3 4 5 6
2. Pienso que ningún hombre/mujer que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos	1 2 3 4 5 6
3. Es sólo una cuestión de tiempo el que alguien me traicione.	1 2 3 4 5 6
4. No hago casi nada en el trabajo (o en la universidad) tan bien como lo pueden hacer otras personas.	1 2 3 4 5 6
5. No fui capaz de independizarme de mis padres, en la medida en que las otras personas de mi edad parece que lo hicieron.	1 2 3 4 5 6
6. Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese realmente.	1 2 3 4 5 6
7. La mayoría de las personas están más capacitadas que yo en temas de trabajo y de rendimiento	1 2 3 4 5 6
8. Me siento aferrado a las personas a las que estoy muy unido/a porque tengo miedo de que me abandonen.	1 2 3 4 5 6
9. Lo paso mal cuando tengo que sacrificar gratificaciones inmediatas por conseguir un objetivo a largo plazo.	1 2 3 4 5 6
10. Normalmente estoy al acecho de las intenciones ocultas de los demás.	1 2 3 4 5 6
11. No me siento capaz de arreglármelas por mí mismo/ a en las cosas de cada día.	1 2 3 4 5 6
12. No merezco el cariño, la atención ni el respeto de los demás.	1 2 3 4 5 6
13. Pienso que si hago lo que quiero, sólo me buscaré problemas.	1 2 3 4 5 6
14. A menudo siento que no tengo una identidad independiente de la de mis padres o de mi pareja.	1 2 3 4 5 6
15. Tengo muchas dificultades para exigir que se respeten mis derechos y que se tengan en cuenta mis sentimientos	1 2 3 4 5 6
16. A menudo siento como si mis padres (o uno de ellos) estuviesen viviendo a través de mí; no tengo una vida propia.	1 2 3 4 5 6
17. Siento que no tendría que seguir las normas básicas ni convencionalismos que siguen los demás	1 2 3 4 5 6
18. No tengo sentido común.	1 2 3 4 5 6

19. Me veo a mí mismo como una persona dependiente, en lo que se refiere al funcionamiento de cada día.	1 2 3 4 5 6
20. Durante gran parte de mi vida, no me he sentido alguien especial para nadie	1 2 3 4 5 6
21. Algunas veces estoy tan preocupado/a por la posibilidad de que las personas me dejen que me alejo de ellas.	1 2 3 4 5 6
22. Odio que me limiten o que no me dejen hacer lo que quiera	1 2 3 4 5 6
23. En general, no he tenido a mi lado personas que me dieran cariño, apoyo y afecto.	1 2 3 4 5 6
24. Siento que no puedo bajar la guardia cuando estoy con otras personas, si no ellos me harán daño intencionadamente.	1 2 3 4 5 6
25. En las relaciones, dejo que la otra persona tome la iniciativa.	1 2 3 4 5 6
26. Soy especial y no tendría que aceptar muchas de las restricciones que se les imponen a las otras personas.	1 2 3 4 5 6
27. Necesito tanto a los demás que me preocupa perderlos.	1 2 3 4 5 6
28. No puedo fiarme de mi criterio en las situaciones cotidianas	1 2 3 4 5 6
29. Siento que no tengo otra opción que ceder ante los deseos de los demás, de lo contrario se vengarán de mí o me rechazarán de alguna manera.	1 2 3 4 5 6
30. No soy tan inteligente como la mayoría de las personas en lo que se refiere al trabajo (o estudio).	1 2 3 4 5 6
31. En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.	1 2 3 4 5 6
32. Cuando siento que alguien que me importa va a alejarse de mí, me desespero.	1 2 3 4 5 6
33. Soy incompetente cuando se trata de rendir en cualquier tarea.	1 2 3 4 5 6
34. Durante la mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me escuchase, me comprendiese o conectase con mis verdaderas necesidades o sentimientos	1 2 3 4 5 6
35. No tengo tantas aptitudes para el trabajo (o estudio) como la mayoría de la gente	1 2 3 4 5 6
36. Si no puedo alcanzar un objetivo, me siento frustrado/a enseguida, y dejo de intentarlo.	1 2 3 4 5 6
37. Raramente he tenido a una persona fuerte que me diese un buen consejo o que me guiase cuando no estaba seguro de lo que hacer.	1 2 3 4 5 6
38. Soy bastante desconfiado respecto a las intenciones de los demás.	1 2 3 4 5 6
39. No confío en mi habilidad para resolver los problemas que van surgiendo en el día a día.	1 2 3 4 5 6
40. Mi padre y/o mi madre se involucran demasiado en mi vida y yo en la suya.	1 2 3 4 5 6
41. Siempre dejo que los demás decidan por mí, de manera que no sé lo que verdaderamente quiero para mí mismo.	1 2 3 4 5 6
42. La mayor parte de mi vida no he tenido a nadie que me cuide, ni que comparta y se preocupe realmente por lo que me ocurre	1 2 3 4 5 6
43. Siento que no soy simpático.	1 2 3 4 5 6
44. Es muy difícil para mis padres (o para uno de ellos) y para mí ocultarnos intimidades sin sentirnos culpables o traicionados.	1 2 3 4 5 6
45. Siento que lo que yo puedo ofrecer es más valioso que lo que los demás me aportan a mí	1 2 3 4 5 6
46. Me es muy difícil aceptar un "no" como respuesta cuando quiero algo de los demás.	1 2 3 4 5 6
47. Me preocupa que las personas a las que me siento unido/a me dejen o me abandonen.	1 2 3 4 5 6
48. No consigo obligarme a hacer aquello que no me gusta, aunque sepa que es por mi bien.	1 2 3 4 5 6
49. Raramente he sido capaz de mantenerme firme en mis propósitos.	1 2 3 4 5 6
50. Me cuesta obligarme a terminar tareas rutinarias o aburridas	1 2 3 4 5 6

Las páginas siguientes contienen una serie de frases que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. No se preocupe si alguna de estas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.

Para responder,

- Si ESTÁ DE ACUERDO con una frase o piensa que describe su forma de ser, MARQUE CON UNA "X" el espacio correspondiente a VERDADERO.
- Si NO REFLEJA NI CARACTERIZA su forma de ser MARQUE CON UNA "X" el espacio correspondiente a FALSO.

Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas, pero si no es capaz de decidirse, debe marcar el espacio de Falso.

	Verdadero	Falso
1. Me parece muy bien que haya normas porque son una buena guía a seguir.		
2. Sé que soy superior a los demás, por eso no me importa lo que piense la gente.		
3. La gente nunca ha reconocido suficientemente las cosas que he hecho.		
4. Frecuentemente critico mucho a la gente que me irrita.		
5. Muestro mis emociones fácil y rápidamente.		
6. Algunas veces puedo ser bastante duro y desagradable con mi familia.		
7. Soy una persona muy agradable y sumisa.		
8. Cuando era adolescente, tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio.		
9. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.		
10. Los demás envidan mis capacidades.		
11. Pienso que el comportamiento de mi familia debería ser estrictamente controlado.		
12. La gente normalmente piensa que soy una persona reservada y seria.		
13. Últimamente he comenzado a sentir deseos de destruir cosas.		
14. Creo que soy una persona especial y merezco que los demás me presten una particular atención.		
15. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.		
16. Si alguien me criticase por cometer un error, rápidamente le señalaría sus propios errores.		
17. A menudo renuncio a hacer cosas porque temo no hacerlas bien.		
18. Hago lo que quiero sin preocuparme de las consecuencias que tenga en los demás.		
19. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.		
20. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación embarazosa que alguien me haya causado.		
21. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso a quienes no me gustan.		
22. Desde niño, siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.		
23. Cuando las cosas son aburridas, me gusta provocar algo interesante o divertido.		
24. Los castigos nunca me han impedido hacer lo que yo quería.		
25. Pienso que soy una persona muy sociable y extravertida.		
26. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.		
27. No sé por qué pero, a veces, digo cosas crueles sólo para hacer sufrir a los demás.		
28. Tengo muchas ideas que son avanzadas para los tiempos actuales.		
29. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia donde voy en la vida.		
30. A menudo dejo que los demás tomen por mí decisiones importantes.		
31. Para mí es muy fácil hacer muchos amigos.		
32. Siempre me aseguro de que mi trabajo esté bien planeado y organizado.		

33.	Mis estados de ánimo cambian mucho de un día para otro.		
34.	No culpo a quien se aprovecha de alguien que se lo permite.		
35.	A menudo me enfado con la gente que hace las cosas lentamente.		
36.	Cuando estoy en una fiesta nunca me aílo de los demás.		
37.	Observo a mi familia de cerca para saber en quién se puede confiar y en quien no.		
38.	Algunos miembros de mi familia dicen que soy egoísta y que sólo pienso en mí mismo.		
39.	La gente puede hacerme cambiar de ideas fácilmente, incluso cuando pienso que ya había tomado una decisión.		
40.	A menudo irrito a la gente cuando les doy órdenes.		
41.	Estoy de acuerdo con el refrán: "Al que madruga Dios le ayuda"		
42.	Mis sentimientos hacia las personas importantes de mi vida muchas veces oscilan entre el amor y el odio.		
43.	Creo que no me tomo muchas de las responsabilidades familiares tan seriamente como debería.		
44.	Gente mezquina intenta con frecuencia aprovecharse de lo que he realizado o ideado.		
45.	Me preocupa mucho que me dejen solo y tenga que cuidar de mí mismo.		
46.	Me he metido en problemas con la ley un par de veces.		
47.	Una buena manera de evitar los errores es tener una rutina para hacer las cosas.		
48.	He tenido que ser realmente duro con algunas personas para mantenerlas a raya.		
49.	Haría algo desesperado para impedir que me abandonase una persona que quiero.		
50.	Algunas veces, cuando las cosas empiezan a torcerse en mi vida, me siento como si estuviera loco o fuera de la realidad.		
51.	Estar solo, sin la ayuda de alguien cercano de quien depender, realmente me asusta.		
52.	Siempre compruebo que he terminado mi trabajo antes de tomarme un descanso para actividades de ocio.		
53.	Se me da muy bien inventarme excusas cuando me meto en problemas.		
54.	Frecuentemente siento que no hay nada dentro de mí, como si estuviera vacío y hueco.		
55.	Creo que me esfuerzo mucho por conseguir que los demás admiren las cosas que hago o digo.		
56.	Siempre me pregunto cuál es la razón real de que alguien sea especialmente agradable conmigo.		
57.	He intentado suicidarme.		
58.	Alguien tendría que ser bastante excepcional para entender mis habilidades especiales.		
59.	Casi siempre actúo rápidamente y no pienso las cosas tanto como debiera.		
60.	Tengo mucho cuidado en mantener mi vida como algo privado, de manera que nadie pueda aprovecharse de mí.		
61.	Siempre estoy dispuesto a ceder en una riña o desacuerdo porque temo el enfado o rechazo de los demás.		
62.	La gente me dice que soy una persona muy formal y moral.		
63.	A algunas personas que se supone que son mis amigos les gustaría hacerme daño.		
64.	Si mi familia me presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren.		
65.	La gente se burla de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco.		
66.	Raramente exteriorizo las pocas emociones que suelo tener.		
67.	En el pasado, mis hábitos de tomar drogas me han causado problemas a menudo.		
68.	Soy una persona muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.		
69.	Hace unos años comencé a sentirme un fracasado.		
70.	Cuando puedo elegir, prefiero hacer las cosas solo.		
71.	Muchas veces me dejo llevar por mis emociones de ira y luego me siento terriblemente culpable por ello		
72.	Tomar las llamadas "drogas ilegales" puede ser imprudente, pero reconozco que en el		

pasado las he necesitado.		
73. Creo que soy una persona miedosa e inhibida.		
74. Siempre tiendo a culparme a mí mismo cuando las cosas salen mal.		
75. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.		
76. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mi familia y a mí.		
77. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.		
78. Simplemente, no he tenido la suerte que otros han tenido en la vida.		
79. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.		
80. Evito la mayoría de las situaciones sociales porque creo que la gente va a criticarme o rechazarme.		
81. Con frecuencia estoy irritado y de mal humor.		
82. Estoy solo la mayoría del tiempo y lo prefiero así.		
83. Me falta confianza en mí mismo para arriesgarme a probar algo nuevo.		
84. Desde hace algún tiempo me siento triste y deprimido y no consigo animarme.		
85. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y apasionado por demasiadas cosas.		
86. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y cohibido.		
87. A menudo otras personas me culpan de cosas que no he hecho.		
88. Parece que echo a perder las buenas oportunidades que se cruzan en mi camino.		
89. Siempre me ha resultado difícil dejar de sentirme deprimido y triste.		
90. No me involucro con otras personas a no ser que esté seguro de que les voy a gustar.		
91. Incluso en los buenos tiempos, siempre he tenido miedo de que las cosas pronto fuesen mal.		
92. Sé que he gastado más dinero del que debiera comprando "drogas ilegales".		
93. Noto que la gente está hablando de mí cuando paso a su lado.		
94. Creo que hay una conspiración contra mí.		
95. Siento que la mayoría de la gente tiene una mala opinión de mí.		
96. Me pongo muy tenso con las personas que no conozco bien, porque pueden querer hacerme daño.		
97. Nunca he sido capaz de librarme de sentir que no valgo para nada para los demás.		
98. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.		
99. Parece que creo situaciones con los demás en las que acabo herido o me siento rechazado.		
100. Aunque me da miedo hacer amistades, me gustaría tener más de las que tengo.		

POR FAVOR PASE LA PÁGINA Y CONTINÚE.

A continuación encontrarás una lista de frases que una persona puede utilizar para describir a sus padres.

Por favor, lee con atención cada frase y decide el grado de exactitud con que describiría a los tuyos.

Selecciona la **puntuación más elevada de 1 a 6** que describiría primero a tu madre, y después a tu padre, cuando tú **eras niño** y márcalo junto a cada frase. Si alguien substituyó a tu madre o a tu padre, por favor responde lo que describiría a esta persona. Si no tuviste madre o padre, deja sin responder esa columna.

ESCALA DE PUNTUACIONES

- 1 = Totalmente falso
- 2 = La mayoría de las veces falso
- 3 = Más falso que verdadero
- 4 = Más verdadero que falso
- 5 = La mayoría de las veces verdadero
- 6 = Le/la describe perfectamente

Madre	Padre	DESCRIPCIÓN
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	1. Me quiso, me trató como alguien especial
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	2. Pasó tiempo conmigo y me prestó atención.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	3. Me sirvió de guía y orientación.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	4. Me escuchó, me comprendió y compartió sus sentimientos conmigo.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	5. Fue cálido/a y afectuoso/a.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	6. Murió o dejó la casa permanentemente cuando yo era un niño/a.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	7. Era una persona que cambiaba mucho de estado de ánimo, era impredecible, o tenía un problema de alcoholismo.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	8. Prefería a mi hermano (s) o hermana(s) antes que a mí.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	9. Me retiró de su lado o me dejó solo/a por largos periodos de tiempo.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	10. Me mintió, engañó o traicionó.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	11. Abusó de mí física, psicológica o sexualmente.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	12. Me utilizó para satisfacer sus necesidades.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	13. Parecía que obtenía placer haciéndome daño.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	14. Me hizo sentir que no podía confiar en mis decisiones o en mi juicio.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	15. Hizo demasiadas cosas por mí en vez de dejarme hacerlas a mí.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	16. Me trató como si fuese mas pequeño de lo que realmente era
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	17. Me criticó mucho.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	18. Me hizo sentir no querido o rechazado.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	19. Me trató como si hubiese algo malo en mí.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	20. Me hizo sentir avergonzado de mi mismo/a en aspectos importantes

Madre	Padre	DESCRIPCIÓN
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	21. Nunca me inculcó la disciplina necesaria para tener éxito en la escuela.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	22. Me trató como si fuera estúpido o sin talento.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	23. No quería que yo tuviese éxito.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	24. Esperaba que yo fuera un fracasado.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	25. Me trató como si mis opiniones o deseos no contaran.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	26. Hizo lo que él/ella quería, sin tener en cuenta mis necesidades.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	27. Controló mi vida y tuve poca libertad para elegir.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	28. Todo había que hacerlo a su manera.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	29. Tenía altas expectativas para si mismo/a.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	30. Esperaba de mí que hiciera todo lo mejor todo el tiempo.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	31. Era un perfeccionista en muchas áreas; las cosas tenían que ser "justamente así".
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	32. Me hizo sentir que casi nada de lo que yo hacía era lo bastante bueno.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	33. Era estricto/a, con reglas rígidas sobre lo que estaba bien y lo que estaba mal.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	34. Llegó a ser impaciente si las cosas no se hacían adecuadamente o suficientemente rápido.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	35. Daba más importancia a hacer las cosas bien que a relajarse o a disfrutar.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	36. Me consintió, fue demasiado permisivo en muchos sentidos
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	37. Me hizo sentir que yo era especial, mejor que la mayoría de la gente.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	38. Fue demandante, esperaba que las cosas se hiciesen a su manera.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	39. No me enseñó que yo tenía responsabilidades para con otras personas.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	40. Me dio poca disciplina y organización.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	41. Me estableció pocas reglas o responsabilidades.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	42. Me permitió perder el control o enfadarme mucho.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	43. Era una persona indisciplinada.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	44. Estábamos tan unidos que nos entendíamos casi a la perfección.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	45. Sentí que no tenía suficiente individualidad o sentido de mi mismo separado/a de él/ella
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	46. Sentí que no encontraba mi propia identidad mientras crecía, porque él/ella tenía una fuerte personalidad.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	47. Sentí que nos haríamos daño si alguno de los dos se alejaba del otro.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	48. Se preocupaba mucho de los problemas financieros de la familia.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	49. Me hizo sentir que si cometía un pequeño error, algo malo podría ocurrir.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	50. Era pesimista. Habitualmente esperaba que ocurriese lo peor.

Madre	Padre	DESCRIPCIÓN
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	51. Se centró en los aspectos negativos de la vida, o en las cosas que salían mal.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	52. Se enfadaba o me criticaba duramente si hacía algo mal.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	53. Me castigaba si hacía algo mal.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	54. Me llamaba cosas (como “estúpido” o “idiota”) si cometía errores.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	55. Culpaba a la gente cuando las cosas salían mal.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	56. Estaba interesado/a en el estatus social y en la apariencia.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	57. Daba mucha importancia al éxito y a la competición.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	58. Estaba interesado/a en cómo mi comportamiento podría desacreditarlo/a a ojos de demás.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	59. Sentía que me quería más o me prestaba más atención cuando yo sobresalía.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	60. Se preocupaba en exceso de que yo no me hiciese daño.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	61. Se preocupaba en exceso de que yo me pusiera enfermo.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	62. Era una persona miedosa o fóbica.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	63. Me sobreprotegió.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	64. Sacrificó sus propias necesidades por el bien de la familia.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	65. Era incapaz de asumir muchas responsabilidades, por lo que yo tuve que hacer más de lo que me correspondía.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	66. Fue muy infeliz y se apoyó en mí para que la entendiese y apoyase
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	67. Me hizo sentir que yo era fuerte y que podía hacerme cargo de otras personas.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	68. Tenía todo bajo control.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	69. Se sentía a disgusto a la hora de expresar cariño o vulnerabilidad.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	70. Era una persona estructurada y organizada; prefería lo conocido frente a los cambios.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	71. Raramente expresaba rabia.
1 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6	72. Era reservado/a; raramente hablaba sobre sus sentimientos.

No importa lo bien que se lleve una pareja, hay veces que no están de acuerdo, se molestan con la otra persona, cada uno quiere cosas diferentes, o tiene riñas o peleas ya sea porque están de mal humor, cansados o por otros motivos. Las parejas también tratan de resolver estas diferencias de distintas maneras. Ésta es una lista de cosas que tú y tu pareja puede que hagáis cuando tenéis diferencias. Por favor, rodea con un círculo cuántas veces tú has hecho alguna de estas cosas en los **últimos doce meses antes de la denuncia**. Algunas de las frases se refieren a cosas que pudo hacerte tu pareja a ti. Si no habéis hecho ninguna de estas cosas durante esos doce últimos meses, pero ha sucedido alguna vez antes, rodea con un círculo el "7".

¿Cuántas veces ocurrió?

- 1 = Una vez el año anterior a la denuncia
- 2 = Dos veces el año anterior a la denuncia
- 3 = De 3 a 5 veces el año anterior a la denuncia
- 4 = De 6 a 10 veces el año anterior a la denuncia
- 5 = De 11 a 20 veces el año anterior a la denuncia
- 6 = Más de 20 veces el año anterior a la denuncia
- 7 = Nunca el año anterior, pero sucedió antes
- 0 = No ha pasado antes

1. Le dije a mi pareja que le apreciaba incluso en un momento de desacuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
2. Le expliqué a mi pareja mi punto de vista sobre nuestro desacuerdo.	1	2	3	4	5	6	7	0
3. Le dije una palabrota a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
4. <u>Mi pareja</u> me dijo una palabrota.	1	2	3	4	5	6	7	0
5. Le tiré algo a mi pareja que pudo hacerle daño.	1	2	3	4	5	6	7	0
6. Retorcí el brazo a mi pareja o le tiré de los pelos.	1	2	3	4	5	6	7	0
7. Mostré respeto por los sentimientos de mi pareja sobre un tema.	1	2	3	4	5	6	7	0
8. Obligué a mi pareja a tener relaciones sexuales sin un condón.	1	2	3	4	5	6	7	0
9. Le di un empujón a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
10. Usé la fuerza (golpeando, sujetándole, o usando un arma) para obligar a mi pareja a tener sexo oral o anal.	1	2	3	4	5	6	7	0
11. Usé un cuchillo o un ama de fuego contra mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
12. Insulté a mi pareja llamándola, por ejemplo, gordo/a o feo/a.	1	2	3	4	5	6	7	0
13. <u>Mi pareja</u> me insultó llamándome, por ejemplo, gordo/a o feo/a.	1	2	3	4	5	6	7	0
14. Di un puñetazo o golpeé a mi pareja con algo que pudo hacerle daño.	1	2	3	4	5	6	7	0
15. Destrocé algo que pertenecía a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
16. <u>Mi pareja</u> destrozó algo que me pertenecía.	1	2	3	4	5	6	7	0
17. Agarré a mi pareja por el cuello como para estrangularla.	1	2	3	4	5	6	7	0
18. Grité o chillé a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
19. <u>Mi pareja</u> me gritó o chilló.	1	2	3	4	5	6	7	0
20. Lancé a mi pareja contra una pared.	1	2	3	4	5	6	7	0
21. Le dije que estaba seguro/a de que podíamos solucionar un problema.	1	2	3	4	5	6	7	0
22. Le di una paliza a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
23. Agarré con fuerza a mi pareja.	1	2	3	4	5	6	7	0
24. Usé la fuerza (golpeando, sujetándole o usando un arma) para obligar a mi pareja a tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5	6	7	0
25. Me fui furioso de la habitación, la casa o el patio durante una riña.	1	2	3	4	5	6	7	0
26. <u>Mi pareja</u> se fue furiosa durante una riña.	1	2	3	4	5	6	7	0

27. Insistí en tener relaciones sexuales aunque mi pareja no quería (pero no usé la fuerza física).	1 2 3 4 5 6 7 0
28. Le di una bofetada a mi pareja.	1 2 3 4 5 6 7 0
29. Usé amenazas para hacer a mi pareja tener sexo oral o anal.	1 2 3 4 5 6 7 0
30. Sugerí un pacto para ponernos de acuerdo.	1 2 3 4 5 6 7 0
31. Le provoqué quemaduras o le arrojé un líquido hirviendo a mi pareja.	1 2 3 4 5 6 7 0
32. Insistí en que mi pareja tuviera sexo oral o anal (pero no usé la fuerza).	1 2 3 4 5 6 7 0
33. Acusé a mi pareja de ser una amante pésima.	1 2 3 4 5 6 7 0
34. <u>Mi pareja</u> me acusó de ser un amante pésimo.	1 2 3 4 5 6 7 0
35. Hice algo para fastidiar a mi pareja.	1 2 3 4 5 6 7 0
36. <u>Mi pareja</u> hizo algo para fastidiarme.	1 2 3 4 5 6 7 0
37. Amenacé a mi pareja con darle un golpe o arrojarle algo.	1 2 3 4 5 6 7 0
38. <u>Mi pareja</u> me amenazó con darme un golpe o arrojarle algo.	1 2 3 4 5 6 7 0
39. Le di una patada a mi pareja.	1 2 3 4 5 6 7 0
40. Usé amenazas para hacer a mi pareja tener relaciones sexuales.	1 2 3 4 5 6 7 0
41. Estuve de acuerdo en intentar la solución que mi pareja propuso a un desacuerdo.	1 2 3 4 5 6 7 0

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN