El proceso de rehabilitación en hombres que ejercen violencia contra la pareja

Núñez Labrado, Alicia

Introducción

La violencia de género ha sido considerada y definida por múltiples organismos.

La Asamblea General de las Naciones Unidas, en 1994, hablaba de la violencia de género como todo acto de violencia basado en el género que provoca un daño físico, sexual o psicológico, teniendo en cuenta entre estos actos las amenazas, coacciones o la privación arbitraria de la libertad. Considerado tanto en la vida pública como privada.(1)

A lo largo de la historia han existido numerosas políticas de igualdad y formas de combatir este tipo de violencia a nivel internacional. Se ha documentado el siglo XVII como aquel en el que los tribunales comenzaron a considerar como indeseable la violencia contra la mujer. Sin embargo, todavía a principios del siglo XX existían numerosas leyes que disculpaban la violencia de los hombres contra las mujeres y los hijos en el domicilio. (2) Organismos Internacionales ya mencionados, como la Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre Mujeres de la Organización de las Naciones Unidas en Beijing, y el Comité de Ministros del Consejo de Europa en su Recomendación sobre la Protección de las Mujeres contra la violencia, instaron a gobiernos, administraciones públicas y organizaciones comunitarias a que ofrecieran y fomentaran los programas de rehabilitación para hombres que ejercían la violencia en la pareja.(3)

El trabajo con el agresor tiene el objetivo de reducir el número de víctimas derivadas del uso de esta violencia.(4) Se trataría de llevar a cabo intervenciones con hombres agresores para trabajar las limitaciones psicológicas que la mayoría presentan, tanto en el control de impulsos como en el abuso de alcohol, en el sistema de creencias con respecto a la mujer que tienen, o en las habilidades de comunicación y de solución de problemas, entre otras. Se han documentado carencias psicológicas significativas como distorsiones cognitivas, dificultades de comunicación, irritabilidad y falta de control de impulsos.(4)

Las primeras intervenciones dirigidas a hombres que han cometido violencia contra la mujer surgen entre los años 1970 y 1980 en Estados Unidos y Canadá. A partir de la década de los 80 es cuando llegan a Europa. Pero no es hasta mediados de los años 90 cuando se comienzan a desarrollar en España intervenciones en el ámbito comunitario, concretamente en el País Vasco.(4)

Estas intervenciones buscan responsabilizar a los hombres de sus actos evitando que, tal y como Enrique Echeburúa et al. (4) comentan en sus investigaciones, las conductas puedan repetirse en el futuro. Estos autores plantean una intervención comunitaria de entre 15 a 30 sesiones, con técnicas que pretenden desarrollar la empatía, el control de los impulsos violentos y el aprendizaje de las estrategias adecuadas de actuación frente a los conflictos. Otorgan especial importancia en su estudio a la educación sobre el proceso de la violencia, el afrontamiento adecuado de la ira y de las emociones negativas, el control

de los celos y del consumo excesivo de alcohol, la reestructuración cognitiva de las ideas irracionales respecto a los roles sexuales y al uso de la violencia. Todo ello unido al entrenamiento en habilidades de comunicación y resolución de problemas, así como acerca de la educación sexual. Esta intervención fue realizada en 1998 y ya en aquel momento, documentaron resultados que mostraban una tasa de éxito del 81%, considerada esta como una desaparición completa de la violencia física y una reducción significativa de la violencia psíquica. Este porcentaje disminuyó hasta un 69% pasados los seis meses de la intervención.(4)

En este tipo de intervenciones, se cuentan con cuatro componentes distintos para trabajar con los hombres. Por un lado, el componente educativo de la intervención busca responsabilizar al agresor del problema, de forma que acepte las pautas de trabajo. El componente cognitivo trabaja desmontar o desactivar el modelo mental que sustenta el comportamiento violento masculino hacia la figura femenina, así como el poder abusivo del maltratador. El componente emocional está destinado a trabajar con las emociones de ira, frustración, impotencia, celos y miedo. Y, por último, el componente conductual estaría dedicado a elaborar patrones de conducta adecuados incluyendo herramientas de resolución de problemas sociales, relaciones interpersonales igualitarias, autocontrol, afrontamiento y manejo del estrés, identificación, expresión y canalización emocional.(6)

El trabajo de los profesionales que dirigen estos programas tiene como fin acabar con los comportamientos violentos de los agresores y aumentar la seguridad de las víctimas.(7) Se visualizan estos programas como parte de un proceso mucho más amplio donde se incluyen los cambios culturales y políticos destinados a la abolición de las jerarquías de género, de la violencia contra la mujer y la discriminación de género. De hecho, se calcula que la tasa de reincidencia más alta se da durante los seis meses posteriores a la intervención. Esto podría alargarse hasta 2, 5 o 10 años si se diera un mayor periodo de seguimiento.(4)

E. Echeburúa et al. especifican en sus estudios sobre hombres violentos contra la pareja (10) que son necesarios programas de tratamiento adaptados a las características y necesidades específicas de los agresores. Son un grupo muy heterogéneo de personas por lo que una única intervención que pueda aplicarse de forma exitosa en todos los agresores es complicado.(10)

Estos programas también han sido realizados en otros países. Concretamente en Reino Unido, en 2019, Sara Afshar, Beth Mary Stevens y Julie Parks,(11) realizaron un estudio para comprobar la efectividad de estos programas a nivel comunitario. Estas autoras pretendieron acercarse tanto a los agresores como a sus parejas. A los participantes se les realizaron unas encuestas antes y después de la intervención, incluyendo a algunas de las mujeres que quisieron participar. Los resultados fueron favorables en cuanto a la realización de este tipo de terapias para generar un cambio positivo en los agresores, puesto que tanto los hombres como sus parejas manifestaron una mejoría en las relaciones y una disminución de la violencia física, psicológica y sexual. En la mayoría de las encuestas, las mujeres reconocieron un cambio en la manera de resolver conflictos de los hombres, habiendo disminuido el control que ejercían sobre la familia y la violencia manifestada. Aun así, seguían existiendo mujeres que manifestaban una falta de cambio. En cuanto a los propios participantes, muchos hombres verbalizaron haber entendido que era necesario un cambio de comportamiento para poder mantener unas relaciones saludables en la familia. Llama la atención que, en este caso, también hubo un porcentaje elevado de participantes que destacaron en las encuestas post- programa la necesidad de mantener un seguimiento más allá de la duración de las sesiones de la intervención, lo que les ayudaría a mantener los comportamientos positivos adquiridos.(11)

ANÁLISIS DE GÉNERO

Es necesario, igualmente, trabajar sobre las normas culturales que hacen referencia al

género y que se han unido a los roles que socialmente se han establecido entre hombres y mujeres, afectando a las relaciones. Estos patrones sociales de conducta se han estudiado como fomentadores de la violencia.(18)

El género es un determinante para la salud y, además, es considerado como una categoría que ordena valores, normas, prácticas y comportamientos que van a influir en la vulnerabilidad de presentar factores de riesgo. Se concede a hombres y mujeres la responsabilidad de atender diferentes necesidades y asumir determinados roles. Por ejemplo, los hombres mantienen la necesidad de presentar una fortaleza física, mientras las mujeres enfatizan la necesidad de no enfermar y poder mantener el cuidado de las personas que las rodean.(19)

Para lograr relaciones igualitarias entre hombres y mujeres, será necesario construir un proceso de socialización adecuado. El trabajo con hombres condenados por violencia contra la pareja se planteaba, ya en 1997, como algo complementario y nunca contrapuesto al trabajo de protección de las mujeres víctimas de este maltrato.(21) Es la forma de mostrar el mismo problema con otra perspectiva para enriquecer el análisis de género. Entendiendo este como una serie de atributos y funciones que van más allá de lo biológico o reproductivo, que han sido construidos socio - culturalmente y que se adjudican a los sexos para justificar diferencias y relaciones, en muchos casos de opresión. Este concepto se interioriza a través de la socialización y de un proceso complejo de incorporación cultural, con relación a formas de representarse, valorar y actuar. El varón es considerado factor de riesgo según el concepto de masculinidad al que se le atribuye una serie de valores, atributos y funciones esenciales del varón en una cultura determinada y que depende de presiones y límites.(21)

El trabajo de las cuestiones de género desde una perspectiva masculina se valoró ya en el año 2000 con Luis Bonino(23), quien reclamaba la necesidad de abandonar la normalización de los valores masculinos y de trabajar con ellos desde la red de salud mental, área que históricamente ha estado más relegada a las mujeres. La derivación de los comportamientos disruptivos de los hombres únicamente hacia el sistema punitivo judicial hace difícil poder llevar a cabo un trabajo rehabilitador, de forma que puedan reincorporarse a la comunidad sin reincidir en estos comportamientos. Se recoge en la obra de Bonino la problemática derivada de los estereotipos de género y las creencias sobre la masculinidad.(23)

EN LA ACTUALIDAD

La Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria en el estudio sobre violencia doméstica (25), destaca la necesidad de hacer un tratamiento global de forma que la atención además de incluir a la víctima tenga en cuenta también el trabajo con los hijos y el agresor. Dado que aproximadamente un 30% de las mujeres maltratadas continúan viviendo con su agresor(25), será necesario captarles a ellos porque el trabajo con la víctima de manera particular no es suficiente. Los programas de rehabilitación de los agresores intentan conseguir que estos asuman su responsabilidad y se produzca un cambio de conducta. Se repite la necesidad de que estos programas sean complementarios, pero no sustitutivos, de las medidas penales. En las últimas investigaciones(25) sobre los programas de rehabilitación existentes en Europa y en EEUU existe mucha controversia al respecto porque no siempre se recogen los resultados esperados. Sin embargo, la mayoría de estos programas tienen en común que son intervenciones de carácter obligatorio realizados por orden judicial, en los que la motivación del paciente por la terapia no parece ser la más conveniente.(25)

MITOS

Los roles que socio – culturalmente se han otorgado a los hombres y a las mujeres hacen

que los mitos acerca de la posición de la mujer o la dominación del hombre aún perduren.(18)

Tradicionalmente, se ha abogado por la educación y el establecimiento de políticas de igualdad como medida para erradicar la violencia contra la mujer. Sin embargo, recientes estudios revelan cómo mejores medidas de igualdad no conllevan, por sí solas, y necesariamente, a una reducción de casos de víctimas por violencia machista. Por ejemplo, en 2019 se hizo una investigación(31) tratando este asunto. Se documentaron los datos de prevalencia de violencia contra la mujer en la pareja tanto en Suecia como en España y se compararon. Cabía esperar mejores resultados de un país nórdico que cuenta con políticas de igualdad en mejores condiciones, estando además Suecia considerado como uno de los países con mayor igualdad de género. No obstante, los resultados indicaron que en España existía menos prevalencia. Por ello, cada vez son más los autores que hablan de esta “paradoja nórdica” sin tener clara la causa de la misma.

Los autores (32) no restan importancia a las medidas socioculturales, pero prestan especial atención a la procedencia de la violencia desde un nivel más individual. Otras de las creencias que influyen en la aparición de la violencia contra la mujer son aquellas relativas al amor romántico. Definido este como un ideario de amor mágico asociado a manifestaciones externas incontrolables como los celos, el chantaje emocional y otras agresiones físicas y psicológicas. Esta idea distorsionada del amor puede derivar en relaciones conflictivas donde la violencia se utilice y se mantenga como recurso para resolver problemas.(33)

Este amor romántico ha sido popularmente tenido en cuenta como aquel que conlleva una entrega total. Haciendo de la otra persona lo único y fundamental de la propia existencia, donde se busca vivir experiencias muy intensas de sufrimiento y felicidad, personar y justificar todo en nombre del amor, procurando estar todo el tiempo con la pareja. Hay una serie de ideas aceptadas y asociadas a este tipo de relaciones como son la conquista, la exaltación del amor, la pasión, la entrega absoluta, el sacrificio y los desencuentros mezclados con felicidad plena.(33) Son típicos el mito de la omnipotencia, que considera el amor como elemento exclusivo para superar las dificultades de la relación de la pareja. Esto lleva a que las conductas no se modifiquen y se acabe legitimando el comportamiento maltratador. También está presente el mito de la fusión o entrega de la totalidad, que implica el abandono y la fusión de la propia identidad, dependencia y sacrificio por la otra persona. Las consecuencias de esto son la pérdida de la independencia y del espacio privado.(33)

MALTRATO Y ENFERMEDAD MENTAL

La posible relación existente entre enfermedad mental y agresor ha sido, y sigue siendo, cuestión de debate.

Sí se ha recogido en investigaciones anteriores la existencia de una elevada frecuencia de hombres violentos que presentaban a su vez alteraciones psicológicas tales como la falta de control sobre la ira, dificultades en la expresión de las emociones, distorsiones cognitivas, déficits en las habilidades de comunicación y de solución de problemas y baja autoestima. En múltiples ocasiones unido a falta de empatía, ideas cognitivas distorsionadas sobre la mujer y sobre las relaciones de pareja.(10) Sin embargo, los cuadros clínicos o trastornos mentales en sentido estricto son mucho menos frecuentes: alcoholismo, trastornos de la personalidad o cuadros delirantes celotípicos.

PERFILES DEL MALTRATADOR

Se han tratado de establecer diferentes perfiles o tipologías entre los agresores para

clasificarlos acorde a distintas características. Esto facilita el abordaje y la división de grupos.(38)

En el estudio de Holtzworth Munroe y Stuart(38), se realizó esta clasificación. Las dimensiones utilizadas para establecer estos subtipos fueron: la severidad de la violencia física o abuso en la relación de pareja, frecuencia de la violencia psicológica y el abuso sexual, el ambiente hacia el que el hombre dirige esa violencia (destinada únicamente a la familia o también fuera de este ámbito), presencia de comportamiento criminal o antecedentes a nivel legal, y, por último, se valoró la psicopatología del agresor.(38) Con el estudio de estas variables los autores recogieron la existencia de tres tipos de maltratadores: aquellos adscritos únicamente al ámbito familiar, los clasificados como disfóricos o borderline y los generalmente violentos o antisociales.(38) A partir de este estudio otros autores han trabajado con esta tipología e incluso han ampliado los grupos.

Fernández Montalvo y Echeburúa(10) clasificaron, ya en el año 1997, a los agresores desde una perspectiva clínica. El primer criterio mantenía la variable de la extensión de la violencia, según si eran solo violentos en el hogar (la mayoría) o si esta violencia se ejercía en otros lugares.

El primer tipo, generalmente, justificaba el uso de esa violencia por diferentes frustraciones cotidianas que ocurrían fuera del hogar pero que acababan derivando en episodios de violencia dentro de la casa. También valoraron el perfil psicopatológico, donde prestaron especial atención a aquellas personas que tenían déficit de habilidades interpersonales, y el uso de la violencia suplía la ausencia de otras estrategias, como los maltratadores con falta de control de impulsos, o con episodios bruscos e inesperados de descontrol de la ira. Destacaron aquellos agresores que sí presentaban habilidades sociales apropiadas y eran conscientes de que el uso de la violencia no era adecuado para resolver los conflictos, pero eran incapaces de controlar esos episodios que parecían surgir como una forma de trastorno explosivo intermitente.(10

JUSTIFICACIÓN

La realización de este anteproyecto tiene como objetivo el desarrollo de una teoría que nos permita conocer y explicar la realidad de los agresores que participan en estos grupos de rehabilitación, al mismo tiempo que se pretende documentar la experiencia de los profesionales. De manera que las próximas intervenciones destinadas al trabajo con los hombres condenados por violencia contra la mujer sean más efectivas. Hacer un análisis sobre esta función reeducativa y de reinserción social es importante, puesto que las medidas penales por sí solas no están resultando suficientes para el control de este problema de salud pública.4

Objetivos

General:

Explorar la perspectiva de los agresores que participan en los programas de rehabilitación para hombres que ejercen violencia contra la mujer, así como de los profesionales que trabajan en ellos, identificando las áreas de mejora para aumentar la eficacia de estos programas y las posibles intervenciones a realizar desde la prevención y promoción de relaciones saludables.

Específicos:

-Analizar la percepción que tienen los agresores condenados por violencia contra la pareja sobre los programas de rehabilitación.

-Analizar la experiencia de los profesionales que trabajan en los programas de rehabilitación para hombres que ejercen violencia contra la pareja.
-Evaluar la razón principal de los hombres para acudir a estos programas.
-Identificar en qué áreas, trabajadores y agresores piensan que se puede aumentar la eficacia del programa.
-Identificar las principales motivaciones de los hombres para cambiar el comportamiento violento.

Metodología

Se propone un estudio cualitativo con un diseño basado en la Teoría Fundamentada. Este tipo de diseño fue descrito por primera vez por Glaser y Strauss(41). Surge con base en el interaccionismo simbólico, mediante el cual se pretenden conocer casos individuales de un determinado tema y a partir de esa información y de la interacción entre los participantes, utilizando un método inductivo, encontrar categorías comunes que permitan desarrollar una teoría más generalizada.

La Teoría Fundamentada permitirá llegar hasta el colectivo que queremos estudiar, escucharlos y utilizar esta información para favorecer un cambio de comportamiento que mejore su bienestar y el de las mujeres con las que conviven, disminuyendo también el número de víctimas que sufren esta violencia por parte de sus parejas.
La población sobre la que se va a realizar el estudio estará constituida por agresores derivados a los programas de rehabilitación tras cumplimiento de condena o como alternativa a ingresar en prisión, y por profesionales que participan en los mismos. Se elegirá la muestra del Programa Contexto, este se encuentra físicamente en Valencia, pero dan cobertura online. Se contactará con ellos y se llevarán a cabo las entrevistas online, a través de la plataforma corporativa zoom.(42)

Criterios de selección

De inclusión:

- Hombres participantes de los programas de rehabilitación de violencia contra la mujer.
- Profesionales que trabajan en los programas de rehabilitación de violencia contra la mujer.
- Edad superior a 18 años.
- Haber acudido al menos a la mitad de las sesiones.
- Acceder de forma voluntaria a la entrevista.

De exclusión:

-No entender o no hablar castellano.
-Presentar problemas físicos, neurológicos o psiquiátricos graves que impidan mantener una comunicación efectiva.

Se llevará a cabo un muestreo por conveniencia mediante la selección de los agresores y los profesionales que quieran participar en el programa.
Según los datos obtenidos se aumentará el número de entrevistas, atendiendo a las nuevas necesidades de información que vayan surgiendo, siguiendo la estrategia de muestreo teórico, propio de la Teoría Fundamentada.(43)
La recogida de datos se llevará a cabo hasta conseguir la saturación teórica, momento en el cual los nuevos datos no aportan información adicional o relevante a la investigación.(43)

Desarrollo

Para acceder a la muestra se contactará a través del correo electrónico con el Departamento de Psicología Social de la Universidad de Valencia, quien está a cargo de

este programa. Llevan 11 años trabajando en este tipo de intervenciones, habiendo atendido a más de 800 hombres. Los posibles participantes del estudio serán recomendados por los organizadores de la intervención, así como la selección de profesionales que quieran formar parte del mismo.

En un primer momento, se solicitará autorización para poder llevar a cabo el estudio, explicándole al responsable los objetivos de este y los criterios de selección de la muestra para que pueda transmitírselo a los posibles participantes. Después, se comenzará el estudio con estos primeros participantes que han accedido a colaborar.

Para la recogida de datos se realizarán entrevistas individuales semiestructuradas tanto con los profesionales como con los agresores, por videollamada, mediante la plataforma zoom, que serán grabadas en audio tras consentimiento del participante para poder transcribirlas de manera literal después.

Por otro lado, se llevarán a cabo grupos focales online con los agresores. Estos también serán grabados en audio para su posterior transcripción.

Estos grupos estarán formados por entre 5 y 7 participantes de estos programas, además del investigador, intentando que la muestra sea lo más homogénea posible en cuanto a la edad y a la clase social. El objetivo del grupo es que los participantes hablen entre ellos y no de manera directa con el investigador, de forma que se pueda recoger su perspectiva acerca de los programas de rehabilitación en los que están participando. Se realizará el grupo focal al finalizar el programa con participantes diferentes a los que habían hecho las entrevistas individuales, de esta manera, se puede aumentar la muestra a estudiar. Mediante la utilización de la plataforma zoom, ya mencionada, se facilita la realización de entrevistas y grupos focales porque se evita el desplazamiento de los participantes o de los investigadores. Sin embargo, tiene la dificultad de que es necesario un mínimo conocimiento informático para poder participar.

El investigador hará preguntas abiertas(44) de tres tipos: para comenzar, cuyo propósito es identificar las características que comparten los participantes; de introducción, para evocar experiencias pasadas que conecten a los participantes con el tema a trabajar; y de transición, las cuales mueven el foco de la conversación hacia los objetivos de trabajo. Después se realizarán preguntas clave que son las que guían el estudio y preguntas finales que recogen lo más importante para el participante.

En ningún caso durarán las entrevistas ni el grupo focal más de una hora y media.(45)

Únicamente accederá a las grabaciones la enfermera especialista en salud mental a cargo de la investigación y serán destruidas tras el análisis.

En la Teoría Fundamentada, la recolección de los datos se realiza a través del ajuste y el funcionamiento. El primer proceso consiste en generar categorías conceptuales a partir de los datos, mientras el funcionamiento sería la capacidad que estas categorías tienen para explicar lo que se ha investigado.(46)

El análisis de los datos se realizará durante y tras la transcripción y estudio de las grabaciones de las entrevistas y del grupo focal. De esta manera se podrán adaptar las líneas de la investigación según los datos que se van recogiendo.

Los datos recogidos se comparan entre sí intentando encontrar coincidencias y diferencias entre ellos. Aquellos datos que comparten las mismas características se agrupan, asignándoles un nombre o código particular que indique el concepto al que pertenecen.
Este es el proceso de codificación.(46)
Mediante la recogida, codificación y análisis constante se consiguen comparar los datos con los que se trabaja. Precisamente para desarrollar una Teoría Fundamentada(46) se

deberá seguir este proceso de codificación de los datos en categorías, las cuales se compararán entre sí, más adelante, para poder elaborar hipótesis. Finalmente se elegirá una línea central a partir de la cual se buscará dar respuesta al comportamiento social estudiado.

Estas categorías surgen tras la agrupación de los primeros códigos que habían sido creados uniendo datos con iguales características.(46)

La recogida de datos se seguirá haciendo hasta que se pueda dar una explicación que permita fundamentar la teoría. Esta se hará, como ya se ha mencionado previamente, al mismo tiempo que se analizan los datos, para poder identificar aquellas áreas donde se necesita mayor profundización. Esta recogida de datos terminará cuando los últimos recogidos repitan información previa y no aporten nuevas consideraciones. Este tipo de análisis se denomina análisis comparativo constante y se divide en tres fases(46) Primero se hará esta codificación abierta o descriptiva donde se utilizan palabras o códigos que puedan reflejar el significado de la información recogida.(46)

Se hará una segunda codificación axial en la cual los códigos se fracturan para cotejar distintas condiciones y consecuencias dentro de ellos, consiste en buscar activamente las posibles relaciones entre códigos y categorías. A partir de este proceso se puede detectar la categoría central, que tiene mayor número de relaciones con el resto. (46) Por último, la codificación selectiva, en la cual se descartan algunos de los códigos si no existiese información suficiente para su elección, y se seleccionan otros. En esta parte el investigador debe dar sentido a los datos. Esto es conocido con el nombre de sensibilidad teórica.(46)

El análisis de comparación constante pretende comparar los incidentes aplicables a cada categoría, integrar las categorías y sus propiedades, delimitar la teoría y por último escribirla. (46) La teoría resultante se divide en sustantiva, que se genera a partir del acercamiento a los datos a través de los participantes, y en emergente, que surgirá tras la recolección y comparación de los datos según van surgiendo. (46)
Para poder analizar estos datos se utilizará el software para el análisis de datos cualitativos ‘Nvivo’, en su versión más reciente, con el fin de facilitar y sistematizar el proceso.
Para registrar las anotaciones del investigador se utilizarán memos, en los cuales se recogen las reflexiones, hipótesis y cuestiones teóricas relacionadas con el desarrollo de la teoría. Estos memos se harán durante todo el estudio.(44)

Para asegurar la calidad de los resultados obtenidos se llevarán a cabo distintas técnicas. Con respecto al proceso de recogida, análisis e interpretación de los datos, este se realizará de forma precisa y basado en criterios de credibilidad y consistencia. Además, gracias a la recogida de información a partir de distintas técnicas como las entrevistas individuales y los grupos focales, así como mediante el uso de dos grupos de población diferentes, agresores y profesionales, se realizará una triangulación de los datos. De esta forma, la información será más amplia y fiable, dado que se podrán comprobar los datos obtenidos a partir de diferentes métodos y contrastarlos entre ellos y con la bibliografía consultada previamente.(44)

Los resultados serán presentados a los propios participantes para verificar que el contenido recogido se corresponde adecuadamente con los significados subjetivos, de forma que puedan modificarse si la retroalimentación obtenida así lo requiere.

Para asegurar la validez y veracidad de los resultados, se realizará un proceso de reflexividad y de verificaciones externas, garantizando la triangulación a través del contraste y validación con investigadores colaboradores y con los propios informantes. A través de esta verificación externa se comprobará si se han comprendido los significados

subjetivos, y se podrán modificar los resultados del análisis, si fuese necesario, gracias a la retroalimentación obtenida.(41)

Gracias a este proceso de reflexibilidad, se examinarán de manera crítica los posibles efectos que el estudio puede tener y el impacto de las interacciones dadas entre los participantes. (44) Así mismo se tendrán en cuenta posibles temas emergentes que incorporen nuevos datos o nuevas líneas de investigación que puedan resultar útiles para futuras investigaciones.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

-En determinadas circunstancias puede surgir cierta dificultad para empatizar, existiendo la posibilidad de juzgar o estigmatizar a los participantes del programa, dado que sabemos que están acudiendo tras haber agredido a otra persona.
-En los grupos focales el investigador puede encontrarse con un menor control sobre lo que ocurre en los mismos en comparación con las entrevistas individuales.
-En los grupos focales, los participantes pueden sentirse cohibidos a la hora de participar. De hecho, en nuestro caso es posible que los participantes del grupo focal se conozcan de haber participado en el programa de rehabilitación, lo cual dificulta la objetividad de los datos.
-Encontraremos limitaciones a la hora de realizar las entrevistas y los grupos focales por Zoom. Se pierde mucha comunicación no verbal y los participantes pueden experimentar dificultades a la hora de utilizar la plataforma.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Los participantes del estudio serán previamente informados de forma oral y escrita, a través de un documento informativo, acerca de las características del estudio y del uso que se hará de la información obtenida. Así mismo se les informará acerca de la ausencia de riesgos o perjuicios generados a raíz del estudio, y de los derechos ARCO. Además, se seguirá la normativa CPMP/ICH/135/95 sobre buenas prácticas clínicas. Esta información se dará a través de un documento informativo. Se enviará mediante correo electrónico. Será guardado en todo momento el anonimato de los participantes, asegurando la confidencialidad.

Se solicitará la firma electrónica o escaneada para el consentimiento informado de manera voluntaria. Todas las decisiones y opiniones de los participantes serán respetadas. El acceso a las grabaciones será únicamente para el investigador, la enfermera especialista de salud mental, y serán destruidas al finalizar el estudio.

Se asegurará la confidencialidad de la información durante todas las fases del estudio. Para ello, se utilizará un sistema de codificación que desligue los datos recogidos durante la entrevista de la identidad de los participantes.

En el estudio se tendrán en cuenta los principios éticos básicos y los enunciados de la Declaración de Helsinki y del Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina. Así mismo, se contempla la legislación sobre protección de datos de carácter personal según la Ley Orgánica 15/1999 y la Ley 41/2002 básica reguladora de la Autonomía del Paciente de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica.

El estudio será presentado al Comité Ético de Investigación Clínica correspondiente para su aprobación.

Se respetará en todo momento las premisas recogidas en la normativa vigente en carácter de investigación y protección de datos, como la ley 14/2007 de Investigación Biomédica y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos

digitales. Serán respetados así mismo los derechos de Supresión, Oposición, Portabilidad, Limitación, Acceso y Rectificación de datos, tal y como se recoge en la citada Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre.

Conclusiones

Este proyecto pretende conocer las experiencias de los hombres que participan en los programas de rehabilitación para hombres que ejercen violencia contra las mujeres, y de los profesionales que trabajan en ellos.

El objetivo es generar una teoría o enunciado explicativo mediante el cual se pueda conocer la situación de estos programas de rehabilitación y su eficacia a la hora de reducir la violencia contra la mujer. Desde el acercamiento a los hombres, quienes representan el foco generador del problema, y a los profesionales que trabajan desarrollando estas intervenciones. Se pretende encontrar una rehabilitación complementaria después o durante el cumplimiento de la sentencia por la vía punitiva, de forma que existan más posibilidades de que se erradique el comportamiento violento.

A partir de este estudio se podrán abrir nuevas vías de investigación que acerquen al agresor a la red de salud mental para trabajar desde programas de prevención con el propósito de no repetir conductas de violencia. Desde estos dispositivos, las enfermeras especialistas en salud mental pueden generar programas de prevención de conductas violentas y promoción de relaciones saludables, donde se establezcan vínculos desde el respeto y evitando los prejuicios y mitos de género, socialmente aceptados.

Se difundirán los resultados mediante la participación en congresos, como el Congreso de la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental.

ANEXOS

Cuestionario sociodemográfico

Nombre y apellidos:

Contacto (teléfono):

Edad:

Nacionalidad:

Participante o profesional:

Estado Civil: ☐Soltero ☐Casado ☐Separado ☐Viudo

Convivencia: ☐Solo/a ☐En pareja, sin hijos ☐En pareja, con hijos

☐Otra unidad familiar ☐Otros (especificar)

Situación laboral: ☐Estudiante ☐En activo ☐Ama de casa

☐Desempleo ☐Jubilado/a

Nivel de estudios: ☐Sin estudios ☐Primaria ☐Secundaria

☐ Formación profesional ☐ Estudios universitarios

IMAGEN 1

CRONOGRAMA

Fase \ Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Diseño del Proyecto de investigación																		
Acercamiento al campo																		
Recogida de datos																		
Análisis e interpretación de datos																		
Verificación y divulgación de los resultados																		

PRESUPUESTO

Gastos de personal	
Enfermera especialista en Salud Mental	1600€
Gastos materiales	
Material de papelería	80€
Grabadora digital	50€
Ordenador portátil	500€
Software informático N-vivo	1028,22 €
Difusión de los resultados	
Inscripción, viajes y alojamiento para difusión en congresos	1000€
Total gastos	4258,22 €

IMAGEN 2

Consentimiento informado

Nombre del proyecto: "El proceso de rehabilitación de hombres que ejercen violencia contra las mujeres. Una investigación cualitativa."

Yo _____ (Nombre y apellidos) he recibido la información suficiente sobre el estudio a participar por parte de _____ (Nombre y apellidos del investigador principal) y declaro que:

- He leído la hoja informativa que se me ha entregado.
- Entiendo los beneficios y riesgos de formar parte del estudio.
- He tenido la oportunidad de hacer preguntas y aclarar dudas relativas al estudio.
- He recibido y comprendo toda la información aportada sobre el estudio, y no tengo dudas sobre el mismo.
- Doy mi consentimiento para la grabación de voz.
- Comprendo que se garantizará la total confidencialidad de mis datos.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo revocar mi consentimiento, verbalmente o por escrito, en cualquier momento del estudio.

Por esto, presto libremente mi conformidad para participar en el estudio. Estoy de acuerdo en ser entrevistado/a para los propósitos descritos en la hoja de información y en participar en un grupo focal con otras personas en mí misma situación, y doy mi consentimiento para la utilización de mis datos con fines investigadores en las condiciones detalladas de la misma.

Leganés, a ___de _____ de _____

Firma del participante: Firma de la investigadora principal:

Revocación del consentimiento informado:

Leganés, a __ de _____ de _____

Firma del participante: Firma de la investigadora principal:

IMAGEN 3

Guion de las entrevistas individuales

PARA LOS AGRESORES

1. ¿Sufrió o fue testigo de violencia en la infancia?
2. ¿Cómo definirías tus relaciones interpersonales?
3. ¿Qué dificultades consideras que tienes en casa/con la familia?
4. ¿Qué tipo de violencia utilizas o has utilizado en casa? ¿Por qué o en qué situaciones?
5. ¿Hace cuántos años que empezaron las manifestaciones de violencia?
6. ¿Por qué estás acudiendo a este programa?
7. ¿Habrías hecho este programa de forma voluntaria?
8. ¿Crees que te está siendo útil? ¿Por qué?
9. ¿Cómo piensas que los profesionales podrían ayudarte a controlar los comportamientos impulsivos?
10. ¿Crees que vas a terminar el programa? ¿Por qué?
11. ¿Cómo te sientes compartiendo estas intervenciones con otros hombres?
12. ¿Consideras que existen otras formas de resolver conflictos sin utilizar la violencia? ¿Posibles beneficios?

PARA LOS PROFESIONALES

1. ¿Cuál es la vía más común desde la cual os llegan los participantes?
2. ¿Cuántas sesiones tiene la intervención?
3. ¿Qué cambios notáis en ellos?
4. ¿Cuál es el módulo que habéis visto más útil en cuanto al impacto que tiene sobre los participantes?
5. ¿Cuándo pensáis que es más factible que se produzca ese cambio en la percepción del uso de la violencia?
6. ¿Creéis que, por lo general, están receptivos a escuchar?
7. ¿Cómo es el proceso para establecer un vínculo terapéutico con ellos?
8. ¿Cómo son los perfiles de agresores que acuden al programa?
9. ¿Qué tipo de agresor dificulta/promueve el programa?
10. ¿Tenéis contacto con las mujeres de los hombres que participan?
11. ¿En qué piensas que les ayuda acudir a estos grupos?
12. ¿En base a qué criterios se forman los grupos?
13. ¿Qué dificultades habéis encontrado?

IMAGEN 4

Temas para el grupo focal

- Motivación para formar parte del programa.
- Expectativas/realidades, impresiones.
- Uso de la violencia.
- Cambios vividos después o durante el programa.

IMAGEN 5

DOCUMENTO INFORMATIVO PARA HOMBRES PARTICIPANTES DEL PROGRAMA DE REHABILITACIÓN

Nombre del proyecto: El proceso de rehabilitación de hombres que ejercen violencia contra las mujeres. Una investigación cualitativa.

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el desarrollo de un estudio de investigación acerca de "El proceso de rehabilitación de hombres que ejercen violencia contra las mujeres. Una investigación cualitativa.". Mediante el presente documento se le informa de en qué consiste la participación en este estudio.

Descripción del estudio:

Es un proyecto de investigación cuyo objetivo es valorar la perspectiva que tienen los hombres que se están rehabilitando en programas para agresores que ejercen violencia contra las mujeres, y los profesionales que intervienen en dichos programas. De manera que se conozca su eficacia y se pueda desarrollar un marco explicativo sobre ello que permita mejorar estas intervenciones.

La colaboración en el estudio consiste en la realización de una entrevista individual donde se le harán preguntas para conocer su vivencia en dicho programa y la intervención en un grupo focal con otros participantes. La duración de estas entrevistas/grupos no superará la hora y media. Todo ello se hará mediante videollamada, con la plataforma corporativa digital zoom. En ambos casos, la sesión será grabada en audio para su posterior transcripción, análisis e interpretación. A esas grabaciones únicamente tendrá acceso la investigadora principal y serán destruidas una vez terminado el proceso de transcripción. Es posible que algunos de los fragmentos de las entrevistas o del grupo focal sean incluidos en la publicación final del estudio, con la intención de aumentar su riqueza y favorecer la comprensión de los lectores de la vivencia de los participantes en la investigación, siempre de manera anónima.

Para confirmar la validez del análisis, los resultados serán presentados a los participantes con el propósito de obtener retroalimentación y comprobar si se han comprendido los significados subjetivos. Las contribuciones realizadas en este punto también podrán ser incluidas en el análisis.

La participación es voluntaria, y para colaborar deberá firmar un consentimiento informado. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento del estudio; instante en el que ninguna información nueva será añadida a la base de datos y podrá exigir la destrucción de todas las muestras identificables.

IMAGEN 6

Al mismo tiempo, todos los datos del estudio serán tratados con las medidas de seguridad establecidas en el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. De esta manera se garantiza el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos a través de métodos de codificación. Los datos personales, incluidas las grabaciones de audio, serán destruidos una vez concluida la investigación. Debe saber que puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo que deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Se garantiza la ausencia de riesgos en la participación del estudio. No obstante, si en algún momento experimenta malestar a lo lago de la entrevista y/o del grupo focal y desea realizar una pausa o detener el proceso, esto será facilitado por el investigador sin perjuicio para usted.

En caso de necesitar cualquier aclaración de la información y/o quiera ejercer sus derechos ARCO (acceso, rectificación cancelación y oposición) de la ley Orgánica de Protección de datos, no dude en contactar con la investigadora principal del estudio.

Investigadora principal: Alicia Núñez Labrado

Contacto: Nº de teléfono y correo electrónico

IMAGEN 7

DOCUMENTO INFORMATIVO PARA PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN DE HOMBRES MALTRATADORES

Nombre del proyecto: El proceso de rehabilitación de hombres que ejercen violencia contra las mujeres. Una investigación cualitativa.

Nos dirigimos a usted para informarle sobre el desarrollo de un estudio de investigación acerca de "El proceso de rehabilitación de hombres que ejercen violencia contra las mujeres. Una investigación cualitativa". Mediante el presente documento se le informa de en qué consiste la participación de este estudio.

Descripción del estudio:

Es un proyecto de investigación cuyo objetivo es valorar la perspectiva que tienen los hombres que se están rehabilitando en programas para agresores que ejercen violencia contra las mujeres, y los profesionales que intervienen en dichos programas. De manera que se conozca su eficacia y se pueda desarrollar un marco explicativo sobre ello que permita mejorar estas intervenciones.

La colaboración en el estudio consiste en la realización de una entrevista individual donde se le harán preguntas para conocer su vivencia en dicho programa. La duración de esta entrevista no superará la hora y media. Se llevará a cabo mediante videollamada, con la plataforma corporativa digital zoom, y la sesión será grabada en audio para su posterior transcripción, análisis e interpretación. A esas grabaciones únicamente tendrá acceso la investigadora principal y serán destruidas una vez terminado el proceso de transcripción. Es posible que algunos de los fragmentos de la entrevista sean incluidos en la publicación final del estudio, con la intención de aumentar su riqueza y favorecer la comprensión de los lectores de la vivencia de los participantes en la investigación, siempre de manera anónima.

Para confirmar la validez del análisis, los resultados serán presentados a los participantes con el propósito de obtener retroalimentación y comprobar si se han comprendido los significados subjetivos. Las contribuciones realizadas en este punto también podrán ser incluidas en el análisis.

La participación es voluntaria, y para colaborar deberá firmar un consentimiento informado. Este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento del estudio; momento en el que ninguna información nueva será añadida a la base de datos y podrá exigir la destrucción de todas las muestras identificables.

IMAGEN 8

Al mismo tiempo, todos los datos del estudio serán tratados con las medidas de seguridad establecidas en el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, del 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. De esta manera se garantiza el anonimato y la confidencialidad de todos los datos obtenidos a través de métodos de codificación. Los datos personales, incluidas las grabaciones de audio, serán destruidos una vez concluida la investigación. debe saber que puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo que deberá dirigirse al investigador principal del estudio.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio

Se garantiza la ausencia de riesgos en la participación del estudio. No obstante, si en algún momento experimenta malestar a lo lago de la entrevista y/o del grupo focal y desea realizar una pausa o detener el proceso, esto será facilitado por el investigador sin perjuicio para usted.

En caso de necesitar cualquier aclaración de la información y/o quiera ejercer sus derechos ARCO (acceso, rectificación cancelación y oposición) de la ley Orgánica de Protección de datos, no dude en contractar con la investigadora principal del estudio.

Investigadora principal: Alicia Núñez Labrado

Contacto: Nº de teléfono y correo electrónico

IMAGEN 9

Bibliografía

1. Consejería de Políticas Sociales y Familia. Dirección General de la Mujer. Estrategia madrileña contra la violencia de género. Comunidad de Madrid: Dirección General de la Mujer; 2016.
2. Zurita Bayona J. Violencia contra la mujer. Marco histórico evolutivo y predicción del nivel de riesgo. Universidad Autónoma de Madrid; 2014.
3. Rodríguez - Epartal N, López - Zafra N. Programa emocional para presos por violencia de género (PREMOVIGE): Efectividad en variables cognitivas y conductuales. Psychosocial Intervention. 2013;22(2):115–23.
4. Pérez-Ramírez M, Giménez-Salinas A, de Juan Espinosa M. Evaluación de la eficacia del programa de tratamiento con agresores de pareja (PRIA) en la comunidad. Psychosocial Intervention. 2013;22(2):105–14.
5. Ferrer - Pérez VA, Ferreiro - Basurto V, Navarro - Guzmán C, Bosch - Fiol E. Programas de intervención con maltratadores en España: la perspectiva de los/as profesionales. Psychosocial Intervention. 2016;25:159–68.
6. Montero A, Álvarez Á, Bonino L, Durán M, Corsi J, Alemany Á, et al. Criterios de Calidad para intervenciones con hombres que ejercen violencia en la pareja (HEVPA). Cuadernos para el debate. 2006.
7. Work with Perpetrators of Domestic Violence in Europe. Directrices para el desarrollo de unas normas para los programas dirigidos a los hombres perpetradores de la violencia doméstica. Programa Daphne II. Alemania: El Ministerio de Asuntos de Familia, la Tercera Edad, las Mujeres y los Jóvenes; 2008.
8. Wexler DB. The Broken Mirror, A Self Psychological Treatment Perspective for Relationship Violence. J Psychother Pract Res [Internet]. 1999;8(2):129–41.Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3330535/pdf/129.pdf
9. Santirso FA, Lila M, Gracia E. Motivational strategies, working alliance, and protherapeutic behaviors in batterer intervention programs:A randomized controlled trial. Eur J Psychol Appl to Leg Context. 2020;12(2):77–84.
10. Echeburúa E, Amor J. P, de Corral P. Hombres violentos contra la pareja: trastornos mentales y perfiles tipológicos. Pensamiento psicológico. 2009;6(13):27–36.
11. Morgan SA, McCausland BMS, Parkes J. Baseline characteristics and outcomes of the main perpetrator programme within the Hampshire Domestic Abuse Prevention Partnership, UK: A mixed methods study. PLoS One. 2019;14(7):1–16.
12. Bowen E, Walker K, Holdsworth E. Applying a Strengths-Based Psychoeducational Model of Rehabilitation to the Treatment of Intimate Partner Violence: Program Theory and Logic Model. International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology [Internet]. 2019;63(3):500–17. Disponible en: https://doi.org/10.1177/0306624X18798223
13. Santirso FA, Martín-Fernández M, Lila M, Gracia E, Terreros E. Validation of the Working Alliance Inventory–Observer Short Version with male intimate partner violence offenders. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2018;18(2):152–61.
14. Carbajosa P, Catalá-Miñana A, Lila M, Gracia E, Boira S. Responsive versus Treatment-Resistant Perpetrators in Batterer Intervention Programs: Personal Characteristics and Stages of Change. Psychiatry, Psychology and Law [Internet]. 2017;24(6):936–50. Disponible en: https://doi.org/10.1080/13218719.2017.1347933
15. Santirso FA, Gilchrist G, Lila M, Gracia E. Motivational Strategies in Interventions for Intimate Partner Violence Offenders: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. Psychosocial Intervention. 2020;29(3):175–90.
16. Loinaz I, Echeburúa E, Ullate M. Attachment style, empathy and self-esteem in partner-violent men | Estilo de Apego, Empatía y Autoestima en Agresores de Pareja. Terapia Psicológica. 2012;30(2):61–70.
17. Gómez-Zapiain J, Ortiz MJ, Gómez-Lope J. Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. Anales de Psicología 2011;27(2):447–56.
18. Husnu S, Mertan BE. The Roles of Traditional Gender Myths and Beliefs About Beating on Self-Reported Partner Violence. Journal of Interpersonal Violence. 2015;32(24):3735–52.
19. García Calvente M del M, del Río Lozano M, Martín Barato MI. La salud de las mujeres ¿diferente o desigual? Mujer I andaluz de la, Pública E andaluza de salud, editors. 2018.

20. Romero-Martínez Á, Lila M, Gracia E, Rodriguez CM, Moya-Albiol L. Acceptability of intimate partner violence among male offenders: The role of set-shifting and emotion decoding dysfunctions as cognitive risk factors. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2019;16(9).
21. Keijzer B. El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva. Género y salud en el sureste México [Internet]. 1997;199–219. Disponible en: http://www.sasia.org.ar/sites/www.sasia.org.ar/files/El varon como factor de riesgo.pdf
22. Cervantes Ríos JC, Vargas Jiménez E, Castro Castañeda R. Obstáculos y retos en la transformación de las masculinidades. Universidad de Guadalajara. México; 2014.
23. Bonino L. Varones, género y salud mental: deconstruyendo la" normalidad" masculina.En: Nuevas masculinidades [Internet]. Barcelona; 2000. p. 41–64. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=BCqJtVeGP6IC&oi=fnd&pg=PA41&dq=genero+SALUD+MENTAL&ots=f74QIgITum&sig=umBjLrv1NCXrQc14TyogXTkQK7w%0Ahttps://books.google.es/books?hl=ca&lr=&id=BCqJtVeGP6IC&oi=fnd&pg=PA41&dq=Bonino,+2000&ots=f69QKhRUAp&sig=MjZxv4
24. Bancroft L. Why does he do that? Penguin Group. Nueva York: Berkley; 2018.
25. Fernández Alonso M del C, Herrero Velázquez S, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocron Bentata L, García Campayo J, et al. Violencia doméstica. Salud pública Promoción la Salud y Epidemiol. 2003;1–58.
26. Lila M, Martin-Fernandez M, Gracia E, Lopez-Ossorio JJ, Gonzalez JL. Identifying key predictors of recidivism among offenders attending a batterer intervention program: A survival analysis. Psychosocial Intervention. 2019;28(3):157–67.
27. Ministerio de Sanidad SS e igualdad.Estrategia nacional para la erradicación De La Violencia Contra la mujer. Madrid; 2013.
28. Short J, Cram F, Roguski M, Smith R, Koziol-McLain J. Thinking differently: Re-framing family violence responsiveness in the mental health and addictions health care context. International Journal of Mental Health Nursing. 2019;28(5):1209–19.
29. Gracia E, Lila M, Santirso FA. Attitudes Toward Intimate Partner Violence Against Women in the European Union: A Systematic Review. European Psychologist. 2020;25(2):104–21.
30. Romero-Martínez Á, Bressanutti S, Moya-Albiol L. A Systematic Review of the Effectiveness of Non-Invasive Brain Stimulation Techniques to Reduce Violence Proneness by Interfering in Anger and Irritability. J Clin Med. 2020;9(3):882.
31. Gracia E, Martín-Fernández M, Lila M, Merlo J, Ivert AK. Prevalence of intimate partner violence against women in Sweden and Spain: A psychometric study of the 'Nordic paradox.' PLoS One. 2019;14(5).
32. Ivert AK, Gracia E, Lila M, Wemrell M, Merlo J. Does country-level gender equality explain individual risk of intimate partner violence against women? A multilevel analysis of individual heterogeneity and discriminatory accuracy (MAIHDA) in the European Union. European Journal of Public Health. 2020;30(2):293–9.
33. Picado Valverde EM, Yurrebaso Macho A, Álvarez Mateos S, Martín Sánchez F. Creencias sobre el amor romántico y violencia de género.Un estudio con víctimas y agresores en población penitenciaria. Apuntes de Psicología. 2019;37(1):47–52.
34. Vitoria-Estruch S, Romero-Martínez A, Lila M, Moya-Albiol L. Differential cognitive profiles of intimate partner violence perpetrators based on alcohol consumption. Alcohol [Internet]. 2018;70:61–71. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2018.01.006
35. Stuart GL, O'Farrell TJ, Leonard K, Moore TM, Temple JR, Ramsey SE, et al. Examining the interface between substance misuse and intimate partner violence. Substance Abuse: Research and Treatment. 2009;3(1):25–9.
36. Vitoria-Estruch S, Romero-Martínez Á, Lila M, Moya-Albiol L. Could alcohol abuse drive intimate partner violence perpetrators' psychophysiological response to acute stress?International Journal of Environmental Research and Public Health. 2018;15(12).
37. Lila M, Gracia E, Catalá-Miñana A. More Likely to Dropout, but What if They Don't? Partner Violence Offenders With Alcohol Abuse Problems Completing Batterer Intervention Programs.Journal of Interpersonal Violence. 2020;35(9–10):1958–81.
38. Graña JL, Redondo N, Muñoz-Rivas MJ, Cantos AL. Subtypes of batterers in

treatment: Empirical support for a distinction between Type I, Type II and Type III. PLoS One. 2014;9(10).
39. Llor-Esteban B, García-Jiménez JJ, Ruiz-Hernández JA, Godoy-Fernández C. Profile of partner aggressors as a function of risk of recidivism. Int J Clin Heal Psychol [Internet]. 2016;16(1):39–46. Available from: http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.05.004
40. Vargas V, Lila M, Catalá-Miñana A. ¿influyen las diferencias culturales en los resultados de los programas de intervención con maltratadores? Un estudio con agresores españoles y latinoamericanos. Psychosocial Intervention [Internet]. 2015;24(1):41–7. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2015.03.001
41. Páramo Morales D. Editorial: La teoría fundamentada (Grounded Theory), metodología cualitativa de investigación científica. Revista científica Pensamiento y Gestión. 2015;(39):i–xi.
42. Zoom Video Communications. 2011.
43. Penalva Verdú C, Alaminos Chica A, Francés García FJ, Santacreu Fernández ÓA. La investigación cualitativa: técnicas de investigación y análisis con Atlas.ti [Internet]. Ediciones P, editor. Vol. 1. 2015. 13–30 p. Disponible en: http://dx.doi.org/10.1016/j.cirp.2016.06.001%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.powtec.2016.12.055%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.ijfatigue.2019.02.006%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.matlet.2019.04.024%0Ahttps://doi.org/10.1016/j.matlet.2019.127252%0Ahttp://dx.doi.o
44. Strauss A, Corbin J. Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientps para desarrollar la teoría fundamentada [Internet]. Editorial Universidad de Antioquia, editor. Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada. Antioquia; 2002. Disponible en: http://www.academia.edu/download/38537364/Teoria_Fundamentada.pdf
45. Hamui-Sutton A, Varela-Ruiz M. La técnica de grupos focales. Investigación en Educación Médica. 2013;2(5):55–60.
46. Bonilla-García MÁ, López-Suárez AD. Ejemplificación del proceso metodológico de la teoría fundamentada. Cinta de moebio. 2016;(57):305–15.