

# Efectividad de las intervenciones en la violencia de pareja y ética

---

Effectiveness of Interventions in Intimate Partner Violence and Ethics

---

A efetividade das intervenções na violência conjugal e a ética

---

**Fecha de recepción:** 27 de marzo del 2018

**Fecha de evaluación:** 6 de junio del 2018

**Fecha de aceptación:** 6 de junio del 2018

**Publicación en línea:** 21 de junio del 2018

Fernando Bolaños Ceballos\*

Ariadna Hernández Castrejón\*\*

Doi: <https://doi.org/10.18359/rlbi.3380>

## Cómo citar:

Bolaños, F. y Hernández Castrejón, A. (2018). Efectividad de las intervenciones en la violencia de pareja y ética. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 18(35-2), 33-61.

---

\* Doctor en Salud Colectiva, profesor investigador de tiempo completo en el programa de Psicología de la Escuela Superior de Actopan, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México. Correo electrónico: <fernando\_bolanos@uaeh.edu.mx>. Orcid: <<http://orcid.org/0000-0003-4656-6811>>

\*\* Magíster en Salud Mental Pública de la Universidad Nacional Autónoma de México. Orcid: <<https://orcid.org/0000-0001-6780-3471>>

## Resumen

---

Este artículo se propone identificar problemas metodológicos en el estudio de la efectividad de las intervenciones basadas en la terapia cognitivo conductual (TCC) dirigida a hombres que violentan a su pareja mujer y asisten de forma voluntaria al tratamiento. Con el método de revisión sistemática utilizado se obtuvo solo un estudio que cumplió con los criterios buscados, el cual mostró importantes limitaciones metodológicas. Luego, se realizó un comparativo con otras dos evaluaciones a fin de identificar explicaciones a tales limitaciones y la poca realización de estos estudios. Se corrobora que los estudios son escasos, con moderada o baja calidad en sus evidencias y no es posible elaborar conclusiones sobre su afectividad. Existen retos teórico-metodológicos en el diseño y la implementación de estas intervenciones que aumentan la probabilidad de resultados negativos cuando se evalúan a partir de diseños experimentales como parámetro ideal. Se identificaron evaluaciones desde una lógica experimental sobre el efecto del tratamiento, y trabajos multidisciplinarios que evalúan aspectos particulares del programa. Existen problemas teórico-metodológicos para las intervenciones y la evaluación de la efectividad, originadas en los estándares de programas con "visión restringida", así como en los estudios con diseños experimentales como parámetro ideal para conocer el impacto de las intervenciones. Es necesario incluir estos debates en la discusión ética de la salud pública.

**Palabras clave:** efectividad; ética; hombres; terapia cognitiva; salud pública; violencia de pareja.

## Abstract

---

This article intends to identify methodological problems in studying the effectiveness of Cognitive Behavior Therapy (CBT)-based interventions for men who abuse their female partners and who voluntarily attend treatment. Using the systematic review method, only one study was found that met the specified criteria but had significant methodological limitations. Subsequently, a comparison was made with two other assessments to identify explanations for such limitations and the poor conduct of these studies. We corroborated that studies are scarce, and their evidence is of moderate or low quality; thus, it is not possible to draw conclusions on their effectiveness. There are theoretical-methodological challenges in the design and implementation of these interventions that increase the probability of negative outcomes when evaluated based on experimental designs as an ideal parameter. We identified assessments of treatment effect from an experimental logic and multidisciplinary works that evaluate particular aspects of the program. There are theoretical-methodological problems in interventions and the assessment of effectiveness, arising from the standards of programs with a "restricted view," and in studies with experimental designs as an ideal parameter to know the impact of interventions. It is necessary to include these debates in the ethical discussion of public health.

**Keywords:** cognitive therapy; effectiveness; ethics; intimate partner violence; men; public health.

## Resumo

---

Este artigo propõe-se a identificar problemas metodológicos no estudo sobre a efetividade de intervenções baseadas na Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) para homens que violentam sua parceira e que participam voluntariamente do tratamento. Com o método de revisão sistemática, obteve-se apenas um estudo que atendesse aos critérios buscados, o que apresentou importantes limitações metodológicas. Posteriormente, foi feita uma comparação com duas outras avaliações para identificar explicações para tais limitações e o fraco desempenho desses estudos. É corroborado que os estudos são escassos, com qualidade moderada ou baixa em suas evidências e não é possível tirar conclusões sobre sua afetividade. Existem desafios teórico-metodológicos no desenho e implementação dessas intervenções que aumentam a probabilidade de resultados negativos quando avaliados a partir de delineamentos experimentais como parâmetro ideal. As avaliações são identificadas a partir de uma lógica experimental sobre o efeito do tratamento e trabalhos multidisciplinares que avaliam aspectos particulares do programa. Existem problemas teórico-metodológicos para as intervenções e avaliação da efetividade, originadas nos padrões de programas com "visão restrita" e nos estudos com delineamentos experimentais como parâmetro ideal para conhecer o impacto das intervenções. É necessário incluir esses debates na discussão ética da saúde pública.

**Palavras-chave:** efetividade; ética; homens; saúde pública; terapia cognitiva, violência do casal.

## Introducción

La violencia contra la pareja es un problema social y de salud pública que afecta, principalmente, a las mujeres (Heise, 1994); son los varones adultos los principales agresores (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2003). En Norteamérica (Holder, Robinson y Rose, 2009), así como en todo Latinoamérica y el Caribe, estos actos son generalizados (Bott, Guedes, Goodwin y Adams-Mendoza, 2012) y su prevalencia varía según los contextos sociales en que se presenta, como es el caso de México (Ceameg, 2011; Inegi-Inmujeres, 2011; Riquer y Castro, 2012). En su origen se encuentran factores sociales y psicológicos (Farnós, 2003), entre los que se destacan las creencias dominantes de género en la construcción de la identidad masculina (Connell, 2003; Kaufman, 1997), las expectativas tradicionales sobre las relaciones de pareja (Batres, 1999; Montoya, 1998), así como las creencias sobre el uso de la violencia (Lolas, 1991). Es posible clasificar a los agresores a partir de sus características psicológicas y actitudinales (Corsi, Domen, y Sotés, 1995) mediante clasificaciones que permiten distinguir los abusos instrumentales de los expresivos (Saunders, 2007; Wexler, 2007), e identificar a los varones con mal pronóstico para el tratamiento (Dutton y Golant, 1997). Aunque existen diferentes enfoques (Hamilton, Koehler y Lösel, 2013), comúnmente los abusos de los hombres se abordan a partir de las dimensiones cognitiva, conductual y emocional (Ortiz y García, 2003; Whaley, 2001), ya que plantean tres dimensiones complementarias: el aprendizaje, el ámbito político y las emociones (Mullender, 2000). Este problema público generó

una respuesta social organizada en países occidentales —lo que incluye a Latinoamérica (Mederos, 2002)— en la que los programas de intervención con hombres que ejercen violencia contra la pareja (PIHEVP) son un complemento a la atención a las víctimas y parte de una respuesta comunitaria e institucional (Echeburúa, de Corral, Fernández-Montalvo y Amor, 2004; Gondolf, 2004b; Mederos y Perilla, 2004). Para realizar estas intervenciones se recomienda considerar la experiencia acumulada (Dobash, Dobash, Cavanagh y Lewis, 1999; Saunders, 2007), recurrir a modelos teórico-técnicos específicos y a buenas prácticas identificadas (Geldschläger et al., 2010; Macchiavello, 2006; Tyagi, 1999).

Un enfoque utilizado comúnmente es la TCC, definida como una serie de procedimientos graduables y combinables con otros elementos (Beck, 1995) que busca modificar el comportamiento, los patrones de pensamiento y los esquemas mentales que contribuyen a la aparición de la violencia (Gondolf, 2004a). Los enfoques TCC profeministas incluyen elementos antisexistas y pueden combinarse con el abordaje del clasismo y el racismo (Saunders, 1996). La poca evidencia disponible sobre su efectividad señala un tamaño pequeño del efecto de los tratamientos, la falta de resultados concluyentes cuando se compara la TCC con otro tratamiento (Babcock, Green y Robie, 2004; Dunford, 2000; Morrel, Elliott, Murphy y Taft, 2003), o que no existe suficiente evidencia para sacar conclusiones con respecto a su efectividad (Smedslund, Steiro, Winsvold, Smedslund y Dalsbø, 2011). Otros estudios sugieren que la TCC reduce la violencia y las actitudes respecto al abuso a corto plazo del postratamiento (Cortez, Padovani,

Williams, 2005; Schmidt et al., 2007), así como en los reincidentes (Alexander, 2010), aunque con efectos limitados en el mediano y largo plazo (Bowen, Gilchrist y Beech, 2005; Gondolf, 1997); también señalan que la combinación de la TCC con la terapia psicodinámica tiene mayor efecto para reducir la violencia (Lawson, 2010).

La evaluación de la disminución (Edleson, 1995; Heckert y Gondolf, 2000) y reincidencia en los abusos (Echeburúa y Amor, 1998; Mullender, 2000) es uno de los puntos débiles de estas intervenciones (Department of Justice and Community Safety, 2001; Híjar y Valdez-Santiago, 2008), ya que, por lo general, no existen evaluaciones rigurosas (Geldschläger, et al. 2010) ni suficiente evidencia acerca de su eficacia (Banco Interamericano de Desarrollo, 2001; Feder y Wilson, 2005); esta carencia de datos puede impedir que se tomen decisiones políticas informadas (Jackson et al., 2003; Laing, 2002). El Grading of Recommendation Assessment, Development and Evaluation (GRADE) System of Rating Quality of Evidence and Grading Strength of Recommendations in Systematic Reviews (Guyatt, Oxman, Akl, Kunz, Vist y Brozek, 2011) evalúa la calidad de las evidencias de los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas y los metaanálisis, y considera el ensayo controlado aleatorizado (ECA) como el tipo de estudio ideal para la investigación científica en la materia.

Con base en las reflexiones de la bioética sobre los valores y los principios de la relación médico-paciente (beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia) y la investigación con humanos (la confidencialidad, el consentimiento informado, el conflicto de

intereses y la mala praxis científica), en las últimas décadas se han realizado discusiones con el fin de ampliar el alcance ético en la atención sanitaria a las cuestiones de salud pública, y tal es el caso de la violencia doméstica. Al entender la salud pública como las medidas colectivas de prevención adoptadas en poblaciones humanas y sus contextos socioambientales, así como en las instituciones públicas responsables de la implementación de políticas de prevención y promoción de salud, se aprecia que la ética biomédica clínica no se ajustaría a sus necesidades, debido a que dejaría fuera de consideración la prevención de las enfermedades en poblaciones, la promoción de la salud y de la calidad del ambiente biológico, psicológico, social y cultural, además de no contemplar problemas particulares de la salud pública, como, por ejemplo, la regulación, el financiamiento, la evaluación, la formación, la tecnología médica y la relación entre los dueños de la infraestructura y los médicos u otros empleados sanitarios (Darras, 2004; Organización Panamericana de la Salud-OPS, 2008; Schramm y Kottow, 2001).

Desde una perspectiva global, la Organización Panamericana de la Salud (2008) destaca varios aspectos de la ética de la salud pública, entre los cuales dos llaman la atención sobre la evaluación de la efectividad de los programas reeducativos de la violencia contra la pareja mujer: 1. Desigualdades en el estado de salud y en el acceso a la atención y los beneficios de la investigación médica, que aborda la asignación de recursos que dependen de juicios de valor y puntos de vista sobre pequeñas mejoras en la calidad de vida de poblaciones amplias vs. las intervenciones efectivas con beneficio de unas cuantas personas; y 2. La

promoción de la salud, ya que la violencia de pareja se trata de una afectación a la salud de las víctimas por causas no transmisibles y evitables, sin una intervención eficiente por parte de autoridades sanitarias y en busca de influir en las decisiones de las personas con las acciones sanitarias (OPS, 2008).

Como parte de los conceptos que orientan este debate global (solidaridad, responsabilidades óntica y diacónica, pertinencia, enfoque intercultural, abordaje multidisciplinario, entre otros), desde la Salud colectiva se considera la protección sanitaria un concepto primordial que recupera el sentido moral de la responsabilidad, a fin de abordar la ética en la salud pública. Esta protección señala que el agente protector no puede actuar sin el consentimiento de la población, de modo que debe proponer medidas públicas, necesarias y razonables para prevenir los problemas sanitarios y, además: a) ser considerada cada vez que determinados objetivos sanitarios son públicamente aceptados como mandatorios por estimarse indispensables; b) tener la certeza —o la alta probabilidad— de que las medidas propuestas sean necesarias y suficientemente razonables para prevenir los problemas sanitarios abordados; c) el programa sanitario debe contar con validez y un aceptable grado de eficacia, así como los resultados esperados, los riesgos, las complicaciones o las falencias deben ser previstos y explicados en el momento de la planificación, la presentación y la aceptación del programa; y d) cumplir su rol cabalmente una vez se acepta, de modo que no pueden entonces desestimarse por razones secundarias, por ejemplo, sus eventuales efectos negativos en casos particulares (Darras, 2004; Schramm y

Kottow, 2001). Finalmente, desde el ámbito de la investigación en reproducción y salud, se consideran varios dilemas éticos. Entre estos, no asegurar el rigor metodológico y epistemológico de la investigación en sus diferentes etapas, lo que incluye el análisis y el uso. La falta de dicho rigor metodológico generaría que, en ocasiones, los investigadores pierdan el control del conocimiento obtenido y que este pueda ser objeto de manipulaciones, a causa de realizar inferencias sin sustento. De esta forma, resulta necesaria una reflexión crítica sobre sus supuestos y resultados, así como sobre el procedimiento seguido para la construcción de los datos (Figuroa, 2002).

La propuesta de una política pública orientada a enfrentar las violencias de género, construida desde la perspectiva bioética y en diálogo con el género y la salud pública, idealmente tendría como objetivo promover el respeto por la autonomía de hombres y mujeres, sin distingo de su adscripción de género, con miras a la realización de la libertad, la solidaridad, el respeto a la dignidad y la justicia (Estrada y Sánchez-Alfaro, 2011). En el presente trabajo se realizó un análisis metodológico sobre la efectividad de las intervenciones basadas en la TCC para los hombres que maltratan a sus parejas mujeres y asisten de forma voluntaria al tratamiento. Se basó en el método de la revisión sistemática y, luego, en la comparación de tres investigaciones con el fin de identificar elementos que contribuyan a explicar los pocos estudios disponibles sobre efectividad de estos tratamientos y la calificación baja o moderada de la calidad de sus evidencias según el GRADE; incluye las posibles implicaciones éticas de tales hallazgos.

## Materiales y métodos

Se utilizó la metodología de revisión sistemática al considerar los ensayos clínicos que evaluaran la efectividad de la TCC en hombres que maltrataron a su pareja y acudieron de forma voluntaria al tratamiento. Los participantes incluidos en la muestra se conformaron por hombres que ejercieran violencia de pareja y no reportaran dependencia a ninguna sustancia o contaran con diagnóstico psiquiátrico. Se incluyeron las investigaciones que evaluaran intervenciones psicosociales basadas en el enfoque de la TCC y estuvieran dirigidas al agresor, al tomar la violencia física hacia la pareja como medida principal de desenlace. Luego, se excluyeron los estudios en los que la población asistió al tratamiento por orden de corte, así como aquellos enfocados en brindar TCC a víctimas o a mujeres agresoras y otros estudios del tema.

El método para la identificación de los estudios consistió en una búsqueda electrónica, con la cual se conformó una base de datos en septiembre del 2015. La extracción y el análisis de los datos la realizó una investigadora independiente, con la ruta de búsqueda “(“Male”[Mesh]) AND “Domestic Violence”[-Mesh]) AND “Cognitive Therapy”[Mesh]”, sin hacer uso de otros filtros. Se obtuvieron: 165 artículos en la base de datos PubMed; cuatro en la Biblioteca Virtual em Saúde; 92 en Science direct; 162 en CONRICYT; y ocho en Web of Science; en los buscadores de la Colaboración Cochrane, y en la base de datos Scielo no se obtuvieron referencias nuevas.

Como parte del primer filtro y con base en los criterios de inclusión y exclusión establecidos

inicialmente, dos investigadores evaluaron las referencias de manera independiente; en los casos en que se presentaron discrepancias, un tercer investigador tomó la decisión. Una vez se eliminaron los estudios que no cumplieron con los criterios principales, se llevó a cabo el segundo filtro mediante la revisión del texto completo de los 33 artículos restantes, de los cuales 17 se excluyeron por no tratarse de evaluaciones de intervenciones con hombres agresores de pareja; del grupo restante de 16 estudios, 15 se excluyeron debido a que la población de participantes se conformó por hombres que asistieron al tratamiento por orden de la corte. Finalmente, solo un estudio cumplió con los criterios establecidos (Palmstierna, Haugan, Jarwson, Rasmussen y Nottestad, 2012). Los resultados de la búsqueda se resumen de la siguiente manera: en total se obtuvieron 394 artículos; a partir de la lectura del título y el resumen, se excluyeron 361; los 33 estudios restantes se revisaron a partir del texto completo; se obtuvieron 17 estudios que no abordaron la afectividad de evaluaciones de intervenciones; el último filtro se conformó por 16 estudios, en el cual, 15 se realizaron con población que asistió bajo coerción legal; finalmente, solo se encontró un estudio con voluntarios.

Con el método descrito solo se encontró un texto con las características buscadas, por tanto, se decidió que en lugar de continuar con la elaboración de un reporte en detalle de los textos encontrados con la revisión sistemática, se llevaría a cabo una reflexión metodológica sobre los principales hallazgos: solo un estudio con voluntarios que presenta serias limitaciones metodológicas según el GRADE. A fin de favorecer la reflexión sobre

tales limitaciones, se eligieron otros dos estudios producto del mismo método usado que evaluaran también una intervención basada en TCC. Así, se seleccionaron dos estudios con hombres enviados por la Corte del grupo de textos que no cumplieron con el último filtro (tercero) de la revisión sistemática; se contó con un total de tres estudios para comparar de forma metodológica, con la finalidad de identificar posibles obstáculos en el proceso de evaluación de su efectividad y contribuir a explicar sus importantes limitaciones y la poca disponibilidad de este tipo de investigaciones con población voluntaria.

Los criterios de la revisión sistemática mediante los cuales se obtuvo un estudio sobre eficacia con hombres voluntarios y, posteriormente, la incorporación de las otras dos investigaciones con hombres enviados por ley, se encuentran en el diagrama de flujo de la figura 1.

## Descripción de los estudios incluidos

El estudio con voluntarios (Palmstierna et al., 2012) o varones autoreferidos se realizó en Trondheim, Noruega, y contó con 36 participantes. Se comparó la misma intervención en dos grupos: con el primero, la intervención comenzó justo después de la aleatorización de los participantes, mientras que con el segundo fungió como grupo control e inició el tratamiento cuatro meses después. La TCC se llevó a cabo en 15 sesiones semanales con una duración de dos horas cada una. Se realizaron tres o cuatro sesiones individuales previas al grupo con el fin de establecer acuerdos sobre un trato respetuoso en el tratamiento, la evaluación mutua del problema de la

violencia, la disposición al cambio, la responsabilidad personal sobre su comportamiento y la aplicación de la Conflict Tactic Scale (CTS por sus siglas en inglés), con el propósito de conocer el uso de conductas violentas al abordar conflictos de pareja. La intervención se basó en los principios de la terapia cognitiva de Aaron Beck y en un manual construido por dos de los autores del estudio. La medición pre y postratamiento con la CTS se realizó con las parejas de los hombres participantes, y se evaluaron con los usuarios las siguientes dimensiones: cualquier tipo de violencia, violencia física, agresión verbal y violencia material. No hubo seguimiento posterior al tratamiento.

Por su parte, la investigación realizada en el Reino Unido con hombres que asistieron al tratamiento bajo coerción legal (Bowen et al., 2005) presenta un diseño observacional sin grupo control y evalúa el impacto del tratamiento en la disminución de la violencia y el tiempo del primer acto de violencia, en un tiempo de seguimiento de 11 meses, de un programa de rehabilitación basado en la comunidad. Participaron 86 hombres y se recopilaron datos sociodemográficos, antecedentes penales, número de detenciones previas, abuso de sustancias, ideación suicida y depresión, así como sobrevictimización y trauma en la familia de origen. El tratamiento constó de cinco módulos. La medición pre y postratamiento se realizó solo con los hombres participantes mediante el Inventory of Beliefs about Wife Beating, con el uso de la escala Sympathy for Battered Women; The Novaco Anger Scale, la cual evalúa los niveles de ira a partir de tres dimensiones: cognitiva, de incitación, conductual; The Interpersonal Dependency

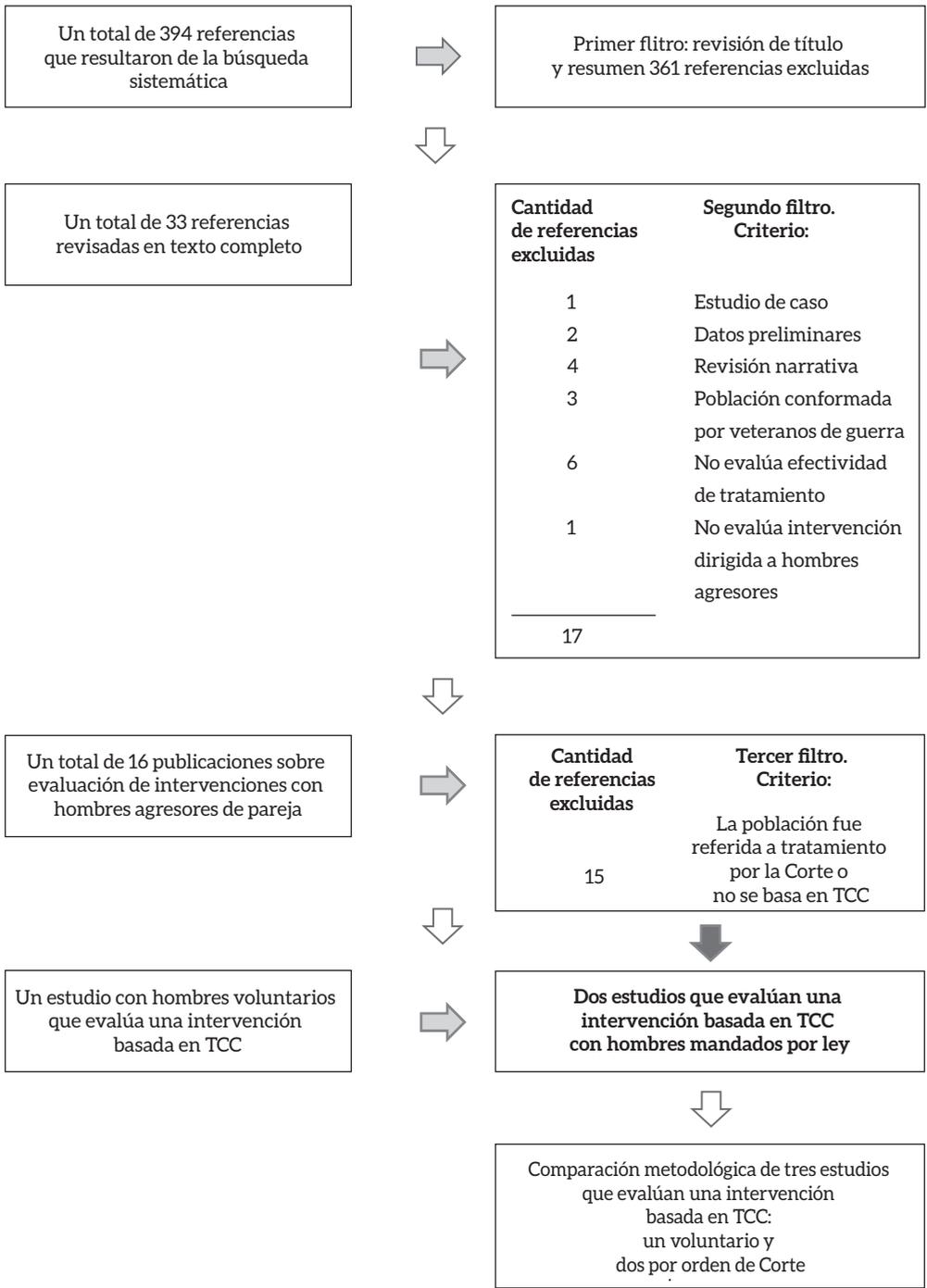


Figura 1. Diagrama de flujo

Inventory, a fin de conocer el deseo de interacción con soporte emocional y el miedo de perder a una persona; The Multidimensional Locus of Control Scale, la cual describe la percepción de control del ofensor sobre su vida; The Abusive Behavior Inventory, que evalúa conductas de abuso físico y psicológico; y The Balanced Inventory of Desired Responding, el cual describe dos componentes de la deseabilidad en las respuestas: autodecepción y manejo de impresiones. La reincidencia en el seguimiento postratamiento se conoció mediante los reportes de la Policía, y se compararon algunas características psicológicas y demográficas entre quienes reincidieron y aquellos que no lo hicieron.

El trabajo de Cortez et al. (2005) evaluó la eficacia de la intervención en un grupo conformado por un hombre que buscó ayuda de forma voluntaria y otros siete enviados al tratamiento por la Corte. La intervención se realizó en San Carlos, Brasil, y constó de ocho sesiones semanales de dos horas cada una. Los datos para medir la efectividad se obtuvieron con el pre y postest de la Conflict Tactics Scale Revised, la cual evalúa formas de agresión y habilidades para lidiar con conflictos; la escala se aplicó a los participantes y a sus parejas. También se realizaron entrevistas individuales con los agresores a fin de obtener datos personales sobre sus estados emocionales y de salud, la historia familiar y la dinámica de la relación con la pareja; a sus parejas se les entrevistó para monitorear el registro de nuevas denuncias de maltrato. Se realizaron autoreportes semanales sobre la frecuencia e intensidad de las agresiones, y al final de la intervención se aplicó un cuestionario abierto sobre satisfacción con el tratamiento.

## Resultados

Las conclusiones de los tres estudios señalaron un efecto positivo del tratamiento y algunas particularidades. El estudio con voluntarios (Palmstierna et al. 2012) refiere que el deseo de cambio por sí mismo no disminuye los abusos, y que los hombres de mayor edad fueron quienes abandonaron ese programa; el segundo estudio (Bowen et al. 2005) encontró que la dependencia emocional y los registros policíacos de conducta antisocial se asociaron a la reincidencia en la violencia de pareja, y que esta población no obtiene una atención adecuada por parte de los servicios públicos; el tercero (Cortez et al. 2005) señaló que la intervención evaluada se calificó de forma positiva por los participantes y sus parejas, y el programa implementado promueve mejoras en la relación de pareja.

El sistema GRADE (Guyatt et al., 2011) clasifica la calidad de cada evidencia obtenida en los estudios, a partir de una graduación o jerarquización inicial, la que resultó “alta” en el realizado con varones voluntarios, y “moderada” para los otros dos. Sobre esa base, se juzga la calidad de los resultados modificándolos a la baja y alta, a fin de obtener la calidad final de cada evidencia presentada en cada investigación. En este sentido, los tres estudios presentan evidencia sobre la disminución de la violencia en relación de pareja, y es su calidad “moderada” en el estudio con voluntarios y “baja” para los otros dos. Solo las evaluaciones de tratamientos prescritos legalmente presentaron evidencia sobre la reincidencia durante el seguimiento postratamiento, las cuales resultaron “baja” y “moderada”; asimismo, los resultados presentados

**Tabla 1. Palmstierna, Haugan, Jarwson, Rasmussen y Nøttestad (2012)**

Características del estudio	Intervención	Medición
Estudio aleatorizado con grupo control, realizado con voluntarios en Trondheim, Noruega. N.o 36.	Cuatro sesiones de preingreso y 15 semanales de dos horas. Se aborda la motivación al cambio y la modificación de la conducta, manejo de la ira, prevención de recaídas, alternativas al abuso y practicar nuevas conductas.	Pre y postest sobre conductas violentas a los usuarios, sin seguimiento.
Principales resultados	Conclusiones	Limitaciones
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Disminución significativa de la violencia en todas las dimensiones evaluadas.</li> <li>2. Diferencias significativas en disminución de violencia que favorecen a quienes recibieron tratamiento inmediato.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La intervención redujo significativamente el auto-reporte de abuso.</li> <li>2. El deseo de cambio por sí mismo no redujo el comportamiento violento. Se requirió del tratamiento.</li> <li>3. Los abandonos resultaron significativamente mayores en edad.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los resultados no pueden ser generalizables.</li> <li>2. No se contó con los reportes de la pareja o denuncias policiales sobre los abusos.</li> <li>3. No hubo un seguimiento para conocer la duración del efecto del tratamiento.</li> </ol>

Fuente: Palmstierna, T., Haugan, G., Jarwson, S., Rasmussen, K. y Nøttestad, J. A. (2012). Cognitive-behaviour group therapy for men voluntary seeking help for intimate partner violence. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 360-5. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08039488.2012.665080>

**Tabla 2. Bowen, Gilchrist y Beech (2005)**

Características del estudio	Intervención	Medición
Cuasi-experimento realizado en West Midlands, Reino Unido. N.o 86.	Un total de 24 sesiones semanales de dos y media horas, y cinco sesiones de seguimiento. Cinco módulos: cogniciones asociadas y alternativas conductuales; socialización masculina; empatía; violencia sexual; comunicación y negociación.	Pre y postratamiento para la conducta violenta y seguimiento –11 meses– a usuarios: creencias sobre el abuso; ira; dependencia interpersonal; locus de control; conductas de abuso; deseabilidad de las respuestas. Se compararon las características psicológicas y demográficas de los reincidentes mediante reportes policiales.
Principales resultados	Conclusiones	Limitaciones
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El 15% de quienes completaron el tratamiento reincidieron; el 33% de los abandonos reincidieron, sin diferencia significativa.</li> <li>2. De 86 ofensores evaluados, el 21% reincidió durante el seguimiento.</li> <li>3. Características predictivas de la reincidencia: mayor dependencia interpersonal y el número de contactos previos con la policía.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. El programa no redujo significativamente la tasa de reincidencia.</li> <li>2. La mayor dependencia interpersonal de los reincidentes se podría tratar psicodinámicamente.</li> <li>3. El historial policial de los reincidentes puede relacionarse con un comportamiento antisocial generalizado.</li> <li>4. Las características de los reincidentes sugieren que conforman un subgrupo de agresores sin atención psicosocial.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No contó con grupo control, aleatorización ni representatividad de la muestra.</li> <li>2. El tamaño de muestra impidió obtener resultados significativos al realizar comparaciones.</li> <li>3. Los expedientes pueden tener sesgos en antecedentes psiquiátricos y abuso de sustancias.</li> <li>4. No hubo reportes de las parejas sobre la conducta violenta.</li> </ol>

Fuente: Bowen, E., Gilchrist, E. A. y Beech, A. R. (2005). An examination of the impact of community-based rehabilitation on the offending behavior of male domestic violence offenders and the characteristics associated with recidivism. *Legal and Criminological Psychology*, 10(2), 189-209. Recuperado de <http://doi.wiley.com/10.1348/135532505X36778>

**Tabla 3. Cortez, Padovani y Williams (2005)**

Características del estudio	Intervención	Medición
Cuasi-experimento realizado en San Carlos, Brasil. N.º 8.	Ocho sesiones semanales con duración de dos horas: identificación del problema, relajación, asertividad y tiempo fuera.	Pre y postest para conducta violenta a participantes y parejas, reportes semanales, satisfacción con el tratamiento, seguimiento postratamiento (seis meses), autorreportes, cuestionario de satisfacción con el tratamiento, entrevistas con las parejas.
Principales resultados	Conclusiones	Limitaciones
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autorreporte: no hubo maltrato durante el tratamiento.</li> <li>2. Postest: menor índice de violencia.</li> <li>3. Seguimiento: se mantuvo la reducción del abuso.</li> <li>4. La mitad de los participantes asociaron sus experiencias de victimización durante la infancia con responsabilizar a las parejas por las agresiones.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. La intervención disminuye el comportamiento violento hacia la pareja.</li> <li>2. Los participantes y sus parejas evaluaron positivamente el grupo.</li> <li>3. El programa promueve una mejora en la relación de pareja.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. No contó con grupo control, aleatorización, ni representatividad de la muestra.</li> <li>2. El tiempo de intervención es bajo con respecto a lo reportado en el común de las intervenciones de este tipo.</li> <li>3. Omite este último aspecto en la discusión.</li> </ol>

Fuente: Cortez, M. B., Padovani, R. D. y Williams, L. C. (2005). Terapia de grupo cognitivo-comportamental con agresores conjugais. *Estudos de Psicologia*, 22(1),13-22.

**Tabla 4. Clasificación de la calidad de la evidencia según el sistema GRADE (2011)**

Graduación de la evidencia:	Modifica a la baja							Modifica a la alta		Calidad final de la evidencia
	Limitaciones del estudio	Imprecisiones	Inconsistencia en resultados	Evidencia indirecta	Probable sesgo de publicación	Gran magnitud del efecto	Respuesta a la dosis	Identifica posibles factores de confusión o que el efecto o es espurio		
-Alta										
-Moderada										
-Baja										
-Muy baja										
ECA = ensayo controlado aleatorizado										
CE = cuasi-experimento										
<b>1. Palmstierna, Haugan, Jarwson, Rasmussen y Nottestad (2012)</b>										
Diseño de estudio: ECA (alta calidad inicial)										
Disminución de la violencia en relación de pareja	-2	-1	0	0	0	1	1	0	Moderada	
<b>2. Bowen, Gilchrist y Beech (2005)</b>										
Diseño de estudio: CE (moderada calidad inicial)										
Disminución de la violencia en relación de pareja	-1	-2	0	0	0	0	1	0	Baja	
Reincidencia durante el seguimiento postratamiento	0	-2	0	0	0	0	1	0	Baja	
Características predictivas de la reincidencia	-1	0	0	0	0	0	0	1	Moderada	
<b>3. Cortez, Padovani y Williams (2005)</b>										
Diseño de estudio: CE (moderada calidad inicial)										
Disminución de la violencia en relación de pareja	-2	0	0	0	-1	0	1	0	Baja	
Reincidencia durante el seguimiento postratamiento	0	0	0	0	-1	0	1	0	Moderada	
Características asociadas a la justificación del maltrato	-1	0	0	0	0	0	0	1	Moderada	

por estos dos trabajos sobre las características asociadas a la reincidencia y sobre la justificación del maltrato hacia la pareja se consideran con “moderada” calidad. A continuación, se presenta la clasificación de las evidencias para los tres estudios en la tabla 4.

Según el GRADE, la calidad de la evidencia de las tres investigaciones se ve afectada por los requerimientos intrínsecos al diseño del estudio, por ejemplo: no realizarse con poblaciones representativas, no contar con aleatorización y grupo control. Otras limitaciones se refieren a las imprecisiones en la medición del efecto al excluir a las parejas como fuente de datos, la falta de seguimiento al efecto del tratamiento o los sesgos en los reportes policiales; asimismo, los probables sesgos de publicación al reportar una alta magnitud del efecto del tratamiento (en ocho sesiones) sin considerar la evidencia disponible que marca tendencias diferentes. La evaluación favorable de la calidad inicial se debe, principalmente, al reporte de una respuesta positiva a la dosis, a identificar posibles factores de confusión que no fueron tratados (segundo estudio), y en el caso del estudio con voluntarios, la significancia en la magnitud del efecto. En síntesis, desde el sistema GRADE, que tiene como parámetro ideal al ensayo controlado aleatorizado para la generación de evidencias de alta calidad, estos estudios presentan varias limitaciones y, por tanto, baja o moderada calidad en su evidencia como máximo.

Por otra parte, en la causalidad, los objetivos de tratamiento y las dimensiones evaluadas implícitas de cada estudio, no parece haber congruencia en su totalidad, lo que sugiere otro tipo de limitaciones metodológicas.

Se deduce a partir de sus contenidos que el trabajo con voluntarios (Palmstierna et al., 2012) atribuye la causalidad de los abusos a las creencias sexistas y sobre el control de las mujeres, por ende, su intervención abordó solo el control coercitivo, el cambio de conductas se midió a partir de la CTS. En el segundo estudio (Bowen et al. 2005), además de recopilar datos sobre antecedentes de reportes de violencia y problemas de salud mental, se tomaron datos sobre victimización y trauma en la familia de origen, soporte emocional y miedo a la pérdida en relaciones interpersonales al suponer causas asociadas al control coercitivo, aunque en el tratamiento solo se incluyeron objetivos dirigidos al cambio de conductas. El tercer estudio (Cortez et al., 2005) entiende los abusos y el control, sobre todo, como producto de las creencias sexistas; la intervención se limitó a modificar estos aspectos evaluándolos con la CTS2. También se realizaron entrevistas con el fin de conocer la dinámica de pareja, su condición de salud, sus estados emocionales y su historia familiar; estos últimos como elementos asociados a los ejercicios de violencia, aunque no se abordaron en la intervención.

## Discusión

Sobre los resultados de la búsqueda con la metodología de revisión sistemática se destaca la exclusión de la mayoría de publicaciones al realizar el primer filtro, es decir, no abordaban el tema de intervenciones en violencia doméstica y hombres agresores. Luego, de los 33 estudios restantes, se excluyeron los que no evaluaban efectividad del tratamiento, las revisiones narrativas, los estudios con

veteranos de guerra, los que reportaban datos preliminares, un estudio de caso y otro que no tenía a varones como su población de estudio. Finalmente, de los 16 ensayos que evaluaron efectividad de uno o más programas, 15 lo hacían con población referida por la Corte y solo uno con población voluntaria y basado en terapia cognitiva conductual. Por tanto, se observa que no existen suficientes estudios disponibles con esta población que permitan realizar un metaanálisis sobre la efectividad de estas intervenciones, y el único estudio encontrado con la revisión sistemática presentó limitaciones metodológicas importantes. Tal y como señalan Carrasco-Portillo, Vives-Cases, Gil-González y Álvarez-Dardet (2007), pero, principalmente, como han reportado algunos metaanálisis sobre efectividad de estos tratamientos (Babcock et al., 2004; Smedslund et al., 2011), además del tamaño pequeño de su efecto, existen pocos estudios disponibles sobre la efectividad de estas intervenciones, y aún menos con hombres que asisten por auto-referencia.

Sobre la comparación metodológica entre el estudio con voluntarios y los dos con hombres que asisten al tratamiento por mandato legal, y de acuerdo con lo señalado por el GRADE (Guyatt et al., 2011) sobre la clasificación de calidad de los estudios clínicos, se puede considerar que los tres estudios revisados tienen una clasificación de moderada (Palmstierna et al., 2012), y baja (los dos estudios con hombres bajo coerción legal), debido, principalmente, a las características en el diseño del estudio, las limitaciones en las mediciones realizadas y otras señaladas. Esta misma “baja o moderada calidad” de los estudios se aprecia en otras investigaciones que

evalúan tratamientos basados en la TCC para violencia contra la pareja mujer y que comparan entre dos o más intervenciones (Alexander, 2010; Lawson, 2010; Morrel et al., 2003); incluso en los estudios de este tipo que cuentan con mejor evaluación, según los modelos experimentales, existen limitaciones en torno a sus hallazgos, ya que no son extensivos para otras poblaciones debido a la presencia de variables propias del contexto militar-institucional en el que se realizaron (Dunford, 2000), y que posiblemente influyeron en sus resultados.

Se considera que, a fin de evitar la existencia de problemas teóricos, metodológicos y de evaluación de los estudios clínicos que intentan conocer el efecto de un tratamiento, es necesario tener claridad sobre la importante y congruente relación entre tres elementos: a) el estado basal (salud o enfermedad); b) la maniobra (intervención o exposición); y c) el desenlace (efectos). Para el mejor entendimiento del fenómeno causal es necesario realizar un ejercicio reflexivo y sistemático en función de las variables a las que se les atribuirá o no causalidad, ya que serán los factores a considerar cuando se juzgue una posible relación causal específica. En la resolución de un problema clínico se establece un punto de partida para su abordaje mediante el establecimiento de los factores de riesgo, el pronóstico del padecimiento y sus manifestaciones, así como del tratamiento preventivo o terapéutico (maniobra), de modo que se destaca la fuerte asociación o coherencia que existe entre los tres elementos. Por esta razón, resulta indispensable que cuando se valore cualquiera de estos, se considere la pertinencia de los otros dos dentro de la evaluación, acción

que con frecuencia se realiza bajo el término de control de “factores de confusión” (Talavera, Wachter-Rodarte y Rivas-Ruiz, 2011).

En este sentido, una investigación para evaluar un tratamiento con hombres que ejercen violencia contra su pareja mujer no se limitaría solo a la evaluación del programa, sino que obligaría a estimar la contribución de todos los indicadores pronósticos existentes en la condición base de los abusos, así como el impacto de los distintos factores de riesgo en su causalidad. Los resultados mostrados sobre la eficacia de los PIHEVP señalan problemas y limitaciones en su realización que se relacionan con una calidad media o baja de las evidencias, según la mirada médico-biológica experimental, pero también desde una visión psicosocial llama la atención la necesaria reflexión sobre la congruencia teórico-metodológica de las intervenciones con respecto a su causalidad, las metas y los objetivos, los procedimientos y la evaluación de sus desenlaces.

El criterio más compartido dentro de las ciencias médicas sobre la mejor manera de determinar la eficacia de un PIHEVP considera los ECA como el estudio ideal, y, a su vez, la literatura anglosajona plantea razones que explican la poca realización de este tipo de evaluaciones: 1. Su alto costo se traduce en la carencia de financiamiento; 2. Es casi imposible cumplir con las condiciones experimentales necesarias para su realización; 3. Los fuertes obstáculos para su aplicación en contextos del “mundo real” y en el ámbito de la justicia; 4. Los frecuentes cambios en la dinámica del personal de los centros de atención; y 5. Las políticas y procedimientos que suceden

en el ámbito de la justicia criminal durante la evaluación afectan el diseño del estudio (Eckhardt, Murphy, Black y Suhr, 2006). De esta forma, a la posible falta de congruencia entre causas, tratamiento y efecto deseado, se suma la intención de conocer la efectividad de los PIHEVP a partir de un diseño de estudio difícil de llevar a cabo en la realidad.

Algunos autores consideran que la evaluación de los PIHEVP mediante ECA es tan fomentada como limitada en su utilidad, y que es necesario el uso de otras estrategias de diseño de investigación provenientes de la psicoterapia y el cambio de comportamiento. Destacan que el fomento de los ECA, en Estados Unidos, puede deberse a que existen preocupaciones teóricas e ideológicas sobre el efecto de los programas que superan la evidencia empírica y limitan los criterios oficiales para diseñar y evaluar los PIHEVP, al tiempo que cuestionan la decisión legal de enviar a los hombres a lo que consideran un programa por el cual tienen poca motivación, con un pequeño impacto en disminuir el maltrato y que no califica claramente como un castigo, una experiencia educacional o una intervención terapéutica (Eckhardt et al., 2006). Mederos (2002) señala que el origen de estas preocupaciones se debe a la falta de resultados del Sistema de Justicia Criminal y los departamentos de libertad condicional de los Estados Unidos en torno a la responsabilidad de los hombres por detener los abusos físicos. Debido a esto, la respuesta comunitaria coordinada se convirtió en una reacción abrupta a una crisis de seguridad de las mujeres, de modo que se olvidó el trabajo dirigido a prevenir la aparición de la violencia de pareja. Este “sentimiento de crisis y desesperación”

generó una visión estrecha sobre la responsabilidad de los agresores centrada en intervenir con el fin de evitar el control coercitivo y enseñar alternativas a la conducta abusiva. Los practicantes de esta visión afirman que los hombres que abusan físicamente de sus parejas no pueden cambiar, que el efecto real de asistir a un programa es hacerlos más listos y manipuladores, que todos son extremadamente peligrosos, y el encarcelamiento es la única vía para ofrecer seguridad para las mujeres (Mederos, 2002).

Esta situación puede haber contribuido a mantener a lo largo de los años la visión teórica y estratégica de los primeros PIHEVP, la cual ahora puede resultar restringida para el diseño de mejores intervenciones. Esta “mirada restringida” sostiene que la violencia masculina se centra en las relaciones patriarcales, la supremacía masculina y el control coercitivo, y que la consideración de la influencia de temas tales como los problemas de salud mental, el abuso de sustancias, la cultura y la historia de traumas del perpetrador en el patrón de abuso, así como en el tratamiento requerido, son intentos de excusar la conducta de ataque de los hombres (Mederos, 2002). Actualmente, se cuenta con buenas prácticas en el trabajo de intervención con hombres abusivos (Montero et al., 2006), así como con una nueva generación de programas que realizan abordajes holísticos en el marco de respuestas comunitarias cuyas visiones recogen temas tales como la historia de victimización de los hombres que abusan físicamente de sus parejas y su conexión con la conducta abusiva como adultos; la conexión entre la raza o etnicidad, la clase social, el contexto vital, la masculinidad y la violencia doméstica; la liga

entre problemas de salud mental y de desarrollo y la violencia doméstica; y la conexión entre las experiencias de los hombres con la paternidad y su conducta violenta como adultos (Mederos, 2002). Asimismo, se considera el uso de diseños de intervención enriquecidos y específicos para ciertos grupos que, a su vez, tendrían que evaluarse con estudios que vayan más allá de los ECA e incorporen otras visiones y metodologías para adecuarse a las poblaciones y los tratamientos (Eckhardt et al, 2006).

También se destaca la necesidad de una revisión teórica de las variables sociales que causan la violencia de pareja para el diseño y aplicación de las intervenciones, ya que, por ejemplo, en un estudio longitudinal con un efecto moderado de eficacia del programa — una clara disminución en la reincidencia de los ataques y otros abusos, mientras que el 80% alcanzó la no violencia física— se señala la necesidad de que exista una respuesta judicial rápida y certera ante la violencia, programación intensiva en el diseño para los hombres de alto riesgo y el seguimiento permanente de este. Además, menciona que la efectividad del programa depende de forma sustancial del sistema de intervención (judicial y comunitario) del cual forma parte el programa (Gondolf, 2004). Todo iría mucho más allá de señalar al patriarcado como única causa de los abusos e intervenir en la modificación de los pensamiento sexistas y las conductas de coerción. Weissman (2007), por su parte, señala que las causas de la violencia doméstica en Estados Unidos son más complicadas que la explicación solo por el patriarcado, y cómo para comprenderlas es necesario examinar lo privado en el contexto de lo

público, así como lo social y lo moral en el contexto de lo político y lo económico. Sostiene que no es suficiente hablar de la vida privada (la casa) como algo separado de los espacios públicos (el lugar de trabajo), ni tampoco lo es hablar del patriarcado como algo separado de las condiciones materiales de la vida cotidiana, lo que sugiere la necesidad de reexaminar el modelo teórico dominante respecto a la violencia doméstica, así como las estrategias prácticas que este inspiró en el pasado.

Un estudio basado en datos de la “Encuesta Nacional de la Violencia Familiar” de 1975, en Estados Unidos, examinó las relaciones complejas entre el estrés y la violencia conyugal, e investigó la relación entre la exposición temprana a la violencia familiar, el estrés agudo, el crónico y la agresión conyugal. Entre otros aspectos, reportó que los individuos que experimentaron exposición a todas las variables tuvieron 31 veces más probabilidades de cometer abuso conyugal con relación a los individuos que no eran víctimas de la exposición de la primera infancia o con altos niveles de estrés actual, lo que muestra un patrón diverso para los factores de riesgo de la violencia de pareja y, sobre todo, el gran peso de los males con origen psicológico y psicosocial. Además, identificó una serie de variables potencialmente mediadoras que se vinculan a la violencia severa marido-esposa y el estrés: la socialización temprana a la violencia, la legitimidad de la violencia familiar, la insatisfacción marital, menor nivel socioeconómico, la falta de integración social y el alto poder de decisión de los hombres en la relación con sus esposas. Concluyó que estas condiciones necesitan estar presentes para que la relación

entre el estrés y la agresión pueda ser viable (Holtzworth-Munroe, Bates y Sandin, 1997).

El hecho de considerar la naturaleza multifactorial, y sobre todo social, de la violencia doméstica (en la que se incluye al patriarcado), sugiere la utilización de un marco teórico más amplio para su comprensión que sirva de base para la elaboración de los objetivos y el diseño de los tratamientos de los PIHEVP basados en la TCC; es decir, una reflexión sobre causalidad resulta prioritaria. Además, algunos autores consideran que es necesario contar con un enfoque multidisciplinario para la evaluación de su eficacia, de manera que se destaquen los aportes de los métodos y la investigación en psicoterapia (Eckhardt et al., 2006). Esto se plantea como alternativa a la mencionada “visión limitada” en el diseño e implementación de las intervenciones y la realización de evaluaciones de efectividad basadas en los ECA, ya que resultan casi imposibles de realizar e inadecuados para este tipo de fenómeno multifactorial.

Existen trabajos que investigan aspectos específicos del proceso de intervención relacionados con el efecto en la disminución de la violencia, es decir, aspectos mediadores o moderadores de los tratamientos. Algunos de ellos refieren mejores resultados en los hombres que presentan disposición al cambio (Hellman, Johnson y Dobson, 2010), y en el abordaje de los conflictos interpersonales al graduar las intervenciones a ciertas características de los agresores (Saunders, 1996), así como con el complemento del abordaje de la culpa y la vergüenza para aumentar la autoestima y la empatía con la víctima (Loeffler, Prelog, Unnithan y Pogrebin, 2010). Otros

reportan que el abandono del tratamiento se asocia al desempleo y la etnia (Taft, Elliot y Keaser, 2001), que la alianza terapéutica también es determinada por aspectos étnicos (Walling, Suvak, Howard, Taft y Murphy, 2012), así como por factores psicológicos, interpersonales y motivacionales; además, que esta puede predecir los resultados de la intervención (Taft, Murphy, Musser y Remington, 2004) y, de ser positiva, mejora la adherencia al tratamiento (Taft, Murphy y King, 2003). Asimismo, se considera que algunos elementos básicos de la consejería pueden adaptarse a intervenciones regionales y con diferentes etnias (Gondolf, 2004) para responder a estas diferencias en las poblaciones de hombres.

En síntesis, los estudios disponibles sobre el impacto de los PIHEVP basados en la TCC son muy pocos, sus evidencias de baja o media calidad y sus resultados indican efectos pequeños o nulos en la reducción de la violencia, por sí mismos o al compararlos con otros tratamientos. Además, presentan inconsistencias entre su visión teórica causal y el diseño del tratamiento, lo que aumenta la probabilidad de resultados negativos al evaluar su eficacia desde una visión experimental y al comparar entre los tipos de intervención; usualmente, se centran en la violencia física y, en general, no se reflexiona sobre cómo se pueden estudiar de forma empírica, entre otros aspectos. Lo anterior refleja la falta de colaboración entre los programas públicos o centros que atienden a esta población y el ámbito de la investigación (Eckhardt et al., 2006). La tabla 5 sintetiza algunos retos que enfrentan los PIHEVP basados en la TCC para la evaluación de su efectividad, y muestra que los obstáculos en la evaluación de efica-

cacia posiblemente estén presentes desde la visión epistemológica y se refleje en su diseño e implementación.

Si se considera que la ética de la salud pública se centra en el diseño y la aplicación de medidas para la vigilancia y la mejora de la salud de las poblaciones, y trasciende la atención sanitaria a fin de considerar las condiciones estructurales que promueven o dificultan el desarrollo de sociedades sanas (OPS, 2008), se observa que estas reflexiones sobre la eficacia de los programas corresponden totalmente a su materia, ya que hace referencia a problemas metodológicos en el diseño y la aplicación de las medidas sanitarias en violencia doméstica. La falta de reflexión crítica sobre estos retos teórico-metodológicos y prácticos de las intervenciones con hombres que maltratan a la pareja y la evaluación de su eficacia continuaría generando impactos negativos, primero, en las víctimas, al no contar con las mejores intervenciones comunitarias contra la violencia doméstica; en segundo término, afectarían los procesos reeducativos y personales de los hombres para dejar de abusar, cambios que podrían favorecer su calidad de vida. Como se puede observar, estos retos y sus efectos negativos ameritan del análisis crítico de la práctica investigativa en la materia, y a la luz de parámetros morales y propuestas técnicas que permitan contrastar; por ejemplo, al realizar una evaluación a partir de un principio de protección, el cual impone el deber de eficacia como condición necesaria para una potestad legítima de intervención (Schramm y Kottow, 2001).

Según la OPS (2008), estos retos metodológicos sobre la efectividad de los programas para la violencia contra la pareja mujer

**Tabla 5. Retos para la efectividad de los PIHEVP basados en TCC**

Área	Aspecto
<b>Diseño de la intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Ignorar que el concepto de violencia doméstica es más complejo con relación al que parte del análisis del patriarcado: es necesario reexaminar el modelo teórico dominante respecto a la violencia doméstica, así como las prácticas que dicha perspectiva inspira. Además, el desconocimiento de la necesidad de ampliar el alcance del discurso de la violencia doméstica más allá de los parámetros de la justicia penal para incluir a la economía y la política de las experiencias cotidianas de los hogares.</li> <li>○ La presencia de una “visión estrecha” en los programas sobre la responsabilidad de los agresores, centrada en el control coercitivo y las conductas alternativas al abuso, sin considerar la influencia de otros aspectos personales, grupales, contextuales y sociales relacionados con la violencia de pareja.</li> <li>○ La ausencia de visiones holísticas de intervención que consideren en sus diseños los factores asociados a los abusos, sin olvidar las relaciones patriarcales, la supremacía masculina y el control coercitivo.</li> <li>○ La falta de especificidad en torno al peso de cada una de las cualidades del tratamiento, es decir, si en cada caso se considera la asistencia como un castigo, una experiencia educacional o una intervención terapéutica.</li> </ul>
<b>Implementación de la intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Existen limitaciones metodológicas-técnicas en la implementación de los programas que se corresponden con una “visión estrecha” sobre la responsabilidad de los agresores.</li> <li>○ La poca frecuencia de PIHEVP que realicen abordajes holísticos articulados con respuestas comunitarias para impulsar modelos de hombres no sexistas, y cuyas visiones recojan diferentes componentes personales y sociales asociados al control coercitivo producto del patriarcado.</li> <li>○ La falta de una respuesta judicial rápida y certera ante la violencia, de gradaciones de los programas que incluyan una programación intensiva para los hombres de alto riesgo y del seguimiento permanente de los efectos del tratamiento y del riesgo.</li> <li>○ El olvido de cómo las intervenciones con hombres que violentan a la pareja mujer deben formar parte de un sistema de atención público que dé respuesta a las necesidades del PIHEVP y atienda la violencia doméstica a nivel comunitario.</li> </ul>
<b>Evaluación de la efectividad de la intervención</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Existe una alta dificultad de cumplir con los requerimientos para la realización de estudios basados en los ECA sobre la efectividad debido a su alto costo, obstáculos en su implementación e imprevistos de los contextos de investigación.</li> <li>○ Se reporta una baja o moderada calidad de las evidencias de la mayoría de los estudios disponibles que evalúan una o más intervenciones, debido a una visión experimental en su evaluación y la presencia de inconsistencias teórico-metodológicas en la atribución de la causalidad, la propia intervención y su estudio.</li> <li>○ La falta de enfoques multidisciplinarios y aplicación de otras estrategias de diseño de estudio útiles en la investigación sobre la psicoterapia y el cambio de comportamiento que sean adecuados para poblaciones específicas, los componentes de una intervención holística y que consideren el papel de los mediadores y moderadores de los tratamientos.</li> <li>○ La falta de claridad sobre la congruente e importante relación metodológica que debe existir entre la condición de los abusos y maltratos (estado basal), la intervención (la maniobra) y sus efectos (el desenlace), lo cual genera un déficit en el control de los factores de confusión.</li> <li>○ No considerar que la efectividad del PIHEVP depende, sustancialmente, del sistema de intervención del cual forma parte, es decir, de la respuesta judicial y comunitaria en su contexto social.</li> </ul>

pueden reflexionarse moralmente como parte de las desigualdades en el estado de salud y en el acceso a la atención y los beneficios de la investigación médica, ya que tienen efectos sobre la asignación de recursos que dependen de juicios de valor y puntos de vista basados en evidencia científica, sobre pequeñas mejoras en la calidad de vida de poblaciones amplias vs. las intervenciones efectivas con beneficio de unas cuantas personas. De esa forma, si se considera que los programas tienen un nulo o bajo efecto para la mayoría de hombres asistentes, estarían en riesgo de dejar de recibir recursos para su implementación y evaluación. Asimismo, la promoción de la salud resultaría en otra cuestión fundamental para la atención de la violencia doméstica como un problema ético de salud pública, ya que se trata de una afectación no transmisible y evitable a la salud, sin una intervención eficiente por parte de las autoridades sanitarias y no sanitarias, en muchos casos por considerar erróneamente que se influye en decisiones o temas personales y privados.

Respecto al caso mexicano, lo primero que se destaca es que no existen trabajos sobre evaluaciones de efectividad de los PIHEVP en ningún tipo de publicación; a diferencia de esto, y solo por citar algunos trabajos sobresalientes, existen publicaciones que caracterizan el trabajo con hombres desde la perspectiva de género (Ramírez y Gutiérrez, 2015; Ramírez y Gutiérrez, 2017) y la intervención con agresores de pareja en México (Híjar y Valdez-Santiago, 2008), así como manuales de intervención (Cecevim-Gendes, 2014; Híjar y Valdez-Santiago, 2010) para trabajar con esta población, y algunos programas han generado sus propios indicadores de

proceso e impacto de sus intervenciones (Garda y Bolaños, 2010; Liendro, Cervantes y Garda, 2002) sin que existan publicaciones al respecto. También se han generado publicaciones en libros que abordan reflexiones generales (Garda, 2007a) y específicas (Bolaños, 2008a; Garda, 1999; Garda, 2007b) sobre la experiencia de intervención con hombres que ejercen VP, así como tesis de grado y posgrado sobre intervenciones basadas en TCC (Bolaños, 2008b; de Keijzer, 2010; Ramírez, 2005; Zamudio, 2007). Las publicaciones en revistas del ámbito médico o de la salud pública relativas a algún aspecto del trabajo con hombres que generan VP son muy pocas, y las existentes abordan aspectos cualitativos y cuantitativos específicos, tales como la influencia de las determinantes sociales de la salud y la enfermedad en ciertos tipos de abuso (Bolaños, 2011; Bolaños, 2014) y la adherencia al tratamiento (Valdez, Martín, Monreal y Híjar, 2015).

De forma similar al mencionado “sentimiento de crisis y desesperación” para el caso de Estados Unidos, algunas personas involucradas en la atención a las mujeres víctimas en México reportan una ineficiente respuesta institucional ante la violencia de pareja y de género, la que se relacionaría también con posiciones cercanas a una “visión estrecha” para los programas reeducativos y sobre la responsabilidad de los agresores centrada en el control coercitivo. Esta mirada no se encuentra establecida en estándares públicos a ningún nivel de gobierno; por ejemplo, en la Ley General de Acceso de las Mujeres a una vida Libre de Violencia (2007) solo se menciona el carácter reeducativo de los programas para agresores en función de garantizar la seguridad

y el respeto a los derechos humanos de las mujeres. Se han diseñado e implementado programas que incluyen componentes articulados con la TCC para trabajar distintas esferas humanas con los hombres que violentan a la pareja (Garda y Bolaños, 2010; Bolaños, 2018), al realizar abordajes similares a los “holísticos” (Mederos, 2002). Finalmente, es importante destacar que la presencia de estas intervenciones, y la ausencia en su evaluación, se realiza en un contexto generalizado de pobreza, desempleo y empleo precario, violencia criminal y social, corrupción e impunidad, en contextos tóxicos que se relacionan con la génesis de malestares y estrés, además de la tolerancia a la violencia en las comunidades, incluida la violencia contra las mujeres y de pareja (Conavim, 2012; Ramos, Saucedo y Saltijeral, 2016). Es decir, la reflexión sobre la violencia doméstica y la intervención con hombres que violentan a la pareja se vincula con los determinantes sociales de la salud, la enfermedad y la atención (López, et al., 2010) en la reproducción de esta violencia o como obstáculos para la respuesta social organizada en la materia.

Con base en los elementos revisados, se identifica la necesidad de promover una reflexión teórico-metodológica que permita repensar el diseño, la implementación y la evaluación de la eficacia de los PIHEVP, ya que puede tener implicaciones éticas en torno a una deficiente protección sanitaria (Darras, 2004; Schramm y Kottow, 2001). Los siguientes aspectos señalan algunas necesidades sobre lo mencionado:

- La visión sobre las causas de la violencia contra la pareja mujer, sin perder de vista

la responsabilidad de los hombres y la seguridad de las víctimas, debe ir más allá de la tesis del patriarcado como única causa de los abusos e incluir otras variables causales, además de contemplarlas como elementos que median o tienen efectos moderadores de los tratamientos. De lo contrario, se mantendrán las mismas visiones restringidas que fundamentan el diseño e implementación de abordajes también limitados, con el consiguiente efecto insuficiente en aumentar la responsabilidad de los varones para disminuir y detener los abusos.

- Las diferentes poblaciones de hombres que ejercen VP y sus características, tendrían que ser la base para el diseño de la intervención, sus objetivos principales y las metas de tratamiento, así como de su metodología y evaluación. Además, esta buena práctica puede extenderse para los servicios públicos en vez de reproducir programas con “visiones restringidas” diseñados hace ya más de 30 años, aunque hayan sido innovadores en su tiempo. Esta graduación en el diseño de las intervenciones abonaría al aumento de las medidas razonables y necesarias para prevenir el problema de salud pública que resulta de la violencia de pareja; por tanto, la omisión de estas acciones cuando se cuenta con las condiciones para ello, resultaría en una grave falta ética por “mala praxis”.
- La falta de reflexión metodológica y todo lo que esto implica también resultan en una mala praxis científica, específicamente, ante la evaluación de la efectividad de las intervenciones. Esta evaluación tendría que guardar la congruencia teórica y

práctica entre el estado basal, la maniobra y el efecto de la intervención. Además de considerar en su diseño de estudio el tratamiento en general, se pueden contemplar para las evaluaciones los diferentes componentes de la intervención que median o moderan el efecto de los tratamientos.

- Estos retos metodológicos deben integrarse a los debates éticos de la salud pública, ya que afectan temas como la asignación de recursos y la falta de impulso a las acciones de promoción de la salud en la materia, lo cual impide contribuir con los abordajes comunitarios necesarios y efectivos que permitan atender el problema público de la violencia doméstica. Este punto ético ha sido señalado por la OPS (2008) para el abordaje de las desigualdades en el estado de salud y en el acceso a la atención y los beneficios de la investigación médica, así como en torno a la promoción de la salud directamente.

## Conclusiones

La poca evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones en la violencia de pareja basadas en la terapia cognitivo conductual impide elaborar conclusiones, ya que se realizan muy pocos estudios de este tipo y menos con población voluntaria. La calidad de sus evidencias no es la mejor según los sistemas más comunes de evaluación experimental (por ejemplo, el GRADE). Actualmente, se realizan por lo menos dos tipos de estudios sobre la eficacia de los PIHEVP: los que evalúan los tratamientos desde una lógica experimental (ECA y cuasi-experimentos), y otros que incorporan enfoques multidisciplinarios y del ámbito de la psicoterapia, los

cuales realizan evaluaciones sobre aspectos particulares de la intervención asociados a la disminución del maltrato.

Se considera que al tener como parámetro ideal los ensayos controlados aleatorizados, estas investigaciones presentan una baja o moderada calidad de sus evidencias debido a limitaciones metodológicas relacionadas con los requerimientos para su realización e implementación, y por inconsistencias teórico-metodológicas que resultan en problemas en el control de factores de confusión. Es decir, la violencia contra la pareja mujer es un fenómeno multifactorial sin determinación biológica que se intenta modificar al abordar solo su principal causa —el patriarcado en la identidad y las prácticas—, y evaluar su efectividad desde una lógica médica experimental, como si se tratara del efecto de una sustancia en el organismo.

La persistencia en el uso de los ECA podría deberse a preocupaciones teóricas e ideológicas que no consideran la evidencia empírica y limitan los criterios oficiales para diseñar y evaluar estos programas. Esta actitud proviene de un sentimiento de “crisis y desesperación” centrado en la urgencia de garantizar la seguridad de las mujeres, de manera que olvidan otros aspectos de la prevención. Asimismo, es producto de la falta de resultados de los sistemas de justicia criminal y de libertad condicional en torno a detener los abusos físicos de los hombres.

Sobre el diseño e implementación de los PIHEVP existe una visión “estrecha” dirigida únicamente a modificar el control coercitivo y la conducta abusiva, lo cual restringe el diseño de mejores intervenciones. Esta

situación contribuyó a mantener los criterios de los primeros PIHEVP, basados en que la violencia masculina se centra solo en las relaciones patriarcales y la supremacía masculina, y en considerar que la influencia de los problemas de salud mental, el abuso de sustancias, la cultura y la historia de traumas del perpetrador, en relación con los abusos, son intentos de excusar su conducta abusiva.

Además de lo anterior, a fin de enfrentar los retos metodológicos y éticos sobre la efectividad de los PIHEVP, se considera necesario reflexionar críticamente sobre: a) los modelos teóricos y explicativos de las causas de la violencia doméstica más allá del patriarcado, y sin considerar la vida privada como algo separado de los espacios públicos, o el patriarcado separado de las condiciones materiales de la vida cotidiana, lo que implicaría la revisión de la causalidad y las prácticas de intervención e investigación; b) la disminución de la violencia física y la reincidencia están relacionadas con una respuesta judicial rápida y certera, así como con un adecuado tratamiento para los diferentes tipos de agresores —lo que incluye los de alto riesgo—, pero, sobre todo, con la efectividad del sistema comunitario del cual el PIHEVP forma parte; c) considerar en la promoción de la salud de los modelos comunitarios el abordaje de la socialización temprana a la violencia, la legitimidad de la violencia familiar, la resolución no violenta de conflictos, la calidad de vida, la falta de integración social, así como el alto poder de decisión de los hombres en la relación con sus esposas; d) reflexionar sobre los abordajes holísticos de la violencia de los hombres hacia sus parejas mujeres dentro de modelos comunitarios, considerando el papel de la salud mental y la historia de vida como me-

diadores de los tratamientos, así como de la psicopatología y las adicciones como moderadores de los “efectos de las intervenciones”; e) fomentar el análisis crítico de la práctica investigativa en la materia, a partir de parámetros de la ética en la salud pública y al contrastar con la respuesta social organizada a la violencia doméstica en cada contexto, en este caso dirigida a los estudios sobre la efectividad de los programas para la violencia de pareja; f) no olvidar que los programas para violencia de pareja son un elemento más de la respuesta social organizada ante la violencia doméstica y, por tanto, se debe evaluar la efectividad de estos en consideración al grado de eficiencia del sistema de salud comunitario-judicial-social de atención al que pertenece.

Finalmente, se destacan las posibles implicaciones éticas en la salud pública apuntadas en este trabajo, las cuales señalan la existencia de una visión limitada sobre las causas de la violencia contra la pareja mujer que se traduce en visiones restringidas que guían el diseño y el funcionamiento de muchos programas, con un efecto insuficiente en torno a que los hombres se responsabilicen de los abusos y maltratos. Asimismo, la falta de graduación de las intervenciones grupales impacta en la poca implementación de medidas de prevención razonables y necesarias que favorezcan la protección en salud. La carencia de reflexiones metodológicas sobre el diseño, la implementación y la evaluación de los programas puede resultar en una mala praxis científica ante la evaluación de la efectividad de las intervenciones, y es de suma importancia que lo mencionado se integre a los debates éticos de la salud pública, específicamente para el abordaje de las desigualdades en el estado de salud y en el acceso a

la atención y los beneficios de la investigación médica, así como en la promoción de la salud.

## Agradecimientos

La elaboración del estudio se supervisó en el marco del “Seminario académico” del Grupo de Investigación Interdisciplinaria en Género, Violencia y Salud Mental del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” (INPRFM). Asimismo, la supervisión metodológica formó parte del curso “Revisiones Sistemáticas y Meta-análisis en Salud mental, Violencia y Género”, impartido por el Dr. Rodolfo Rivas, coordinado por la Dra. Patricia Fuentes (fuentes2007@gmail.com) y financiado por la División de Enseñanza del INPRFM, durante julio del 2015.

## Referencias

- Alexander, P. (2010). *Stages of change and the group treatment of batterers*. Final report to National Institute of Justice. E. E. U. U.
- Babcock, J. C., Green, C. E. y Robie, C. (2004). Does batterers' treatment work? A meta-analytic review of domestic violence treatment. *Clinic Psychology Review*, 23(8):1023-53.
- Banco Interamericano de Desarrollo (2001). *Tratamiento de hombres agresores en países nórdicos*. Washington, D. C.: Unidad de la Mujer en el Desarrollo, BID.
- Batres, G. (1999). *El lado oculto de la masculinidad. Tratamiento para ofensores*. Costa Rica: Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica/Ilanud. San José de Costa Rica: ILANUD, Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica.
- Beck, A. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. España: Paidós.
- Bolaños, F. (2008a). El proceso grupal para detener y desarticular la violencia doméstica: tres experiencias de hombres y algo más. En R. Garda y F. Huerta (Eds.), *Estudios sobre la violencia masculina* (pp. 187-241). Ciudad de México: Indesol-Hombres por la equidad A. C.
- Bolaños, F. (2008b). *La imagen de un fenómeno en movimiento: un acercamiento a la interacción con hombres que ejercen violencia contra su pareja* (Tesis de maestría). Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, México.
- Bolaños, F. (2011). Los hombres que ejercen violencia expresiva en las relaciones familiares: la relación entre estructura, procesos sociales y malestar psicológico. *Revista Salud Problema, Segunda Época*, 4(8 y 9).
- Bolaños, F. (2014). Malestar psicológico determinado socialmente y abuso expresivo en varones. *Revista Salud Mental*, 37(4), 321-7.
- Bolaños, F. (2018). *Rutas. Programa graduado para apoyar a los hombres a prevenir el abuso y maltrato en la familia* (documento inédito). México.
- Bott, S., Guedes, A., Goodwin, M. y Adams-Mendoza, J. (2012). *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe. Análisis comparativo de datos poblacionales de 12 países*. Organización Panamericana de la Salud y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos, con aportes técnicos de Measure DHS, ICF International. Recuperado de [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=violencia-5197&alias=24353-violencia-contra-mujeres-america-latina-caribe-analisis-comparativo-datos-poblacionales-12-paises-353&Itemid=270&lang=en](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=violencia-5197&alias=24353-violencia-contra-mujeres-america-latina-caribe-analisis-comparativo-datos-poblacionales-12-paises-353&Itemid=270&lang=en)
- Bowen, E., Gilchrist, E. A. y Beech, A. R. (2005). An examination of the impact of communi-

- ty-based rehabilitation on the offending behavior of male domestic violence offenders and the characteristics associated with recidivism. *Legal and Criminological Psychology*, 10(2), 189-209. Recuperado de <http://doi.wiley.com/10.1348/135532505X36778>
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión. Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia. DOF 17-12-2015. 2007.
- Carrasco-Portiño, M., Vives-Cases, C., Gil-González, D. y Álvarez-Dardet, C. (2007). ¿Qué sabemos sobre los hombres que maltratan a su pareja? Una revisión sistemática. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(1), 55-63.
- Centro de Capacitación para Erradicar la Violencia Intrafamiliar Masculina y Género y Desarrollo A. C.-Cecevim-Gendes (2014). *Programa hombres trabajando(se)*. Curso 1 y 2. México.
- Centro de Estudios para el Adelanto de las Mujeres y la Equidad de Género-Ceameg. (2011). *Análisis de los Resultados de la ENDI-REH. Comparativo 2006 y 2011*. Recuperado de [File:///C:/Users/Psicologia/Downloads/ Are\\_CO611.Pdf](File:///C:/Users/Psicologia/Downloads/Are_CO611.Pdf)
- Connell, R.W. (2003). *Masculinidades*. México: PUEG/UNAM.
- Corsi, J., Domen, M. y Sotés, M. (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Argentina: Paidós.
- Cortez, M. B., Padovani, R. D. y Williams, L. C. (2005). Terapia de grupo cognitivo-comportamental con agresores conjugais. *Estudios de Psicología*, 22(1),13-22.
- Darras, C. (2004). Bioética y salud pública: al cruce de los caminos. *Acta Bioética*, X(2). Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-569X2004000200010](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2004000200010)
- Department of Justice (2009). *Practical Implications of Current Domestic Violence Research: For Law Enforcement, Prosecutors and Judges*; Holder, E. H., Robinson, L. O. y Rose, K. (US).
- Dobash, R. P., Dobash, R.E., Cavanagh, K. y Lewis, R. A. (1999). Research evaluation of British programmes for violent men †. *Journal of Social Policy*, 28(2), 205-33.
- Dunford, F.W. (2000). The San Diego Navy experiment: an assessment of interventions for men who assault their wives. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(3), 468-76. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10883563>
- Dutton, D. y Golant, S. (1997). *El Golpeador*. México: Paidós.
- Echeburúa, E. y Amor, P. (1998). Hombres violentos en el hogar: perfil psicopatológico y programas de intervención. *Cuadernos de Derecho Judicial*, (7), 99-128.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Fernández-Montalvo, J. y Amor, P. (2004, mayo-agosto) ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja? *Papeles del Psicólogo*, 25(88), 10-18. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77808802>. 2004
- Eckhardt, C. I., Murphy, C., Black, D. y Suhr, L. (2006). Intervention programs for perpetrators of intimate partner violence: conclusions from a clinical research perspective. *Public Health Reports*, 121(4), 369-81. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16827438><http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16827438>
- Edleson, J.L. (1995). Intervention for men who batter: a review of research. *Understanding Partner Violence*, 262-273. Recuperado de

- [https://www.academia.edu/949342/Intervention\\_for\\_men\\_who\\_batter\\_A\\_review\\_of\\_research](https://www.academia.edu/949342/Intervention_for_men_who_batter_A_review_of_research)
- Estrada, J. y Sánchez-Alfaro, L. (2011, enero-junio). Las violencias de género como problema de salud pública: una lectura en clave Bioética. *Revista Colombiana de Bioética*, 6(1), 37-61. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1892/189219032004.pdf>
- Farnós, T. (2003). Las raíces psicosociales y culturales de la violencia. Documentación Social. En V. R. Ayala (Ed.), *Violencia y sociedad* (pp. 11-30). Cáritas Española.
- Feder, L. y Wilson, D. B. (2005). A meta-analytic review of court-mandated batterer intervention programs: Can courts affect abusers' behavior? *Journal of Experimental Criminology*, 1(2), 239-62.
- Figueroa, J. (2002). Elementos para analizar algunos dilemas éticos generados en la investigación cualitativa sobre salud reproductiva. En F. Mercado, D. Gastaldo y C. Calderón (Comp.), *Investigación cualitativa en salud en Iberoamérica: métodos, análisis y ética* (pp. 481-503). México: Universidad de Guadalajara, Universidad Autónoma de San Luis Potosí y Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Garda, R. (2004). Acerca de la violencia masculina: complejidad e intimidad en la violencia de los hombres. Reflexiones en torno al poder, el habla y la violencia hacia las mujeres. En J. T. Fernández (Coord.), *Violencia contra la mujer en México* (pp. 119-144). México: CNDH.
- Garda, R. (2007a). *Intervención integral con hombres que ejercen violencia contra su pareja: análisis de modelos y lineamientos de trabajo*. México: Indesol, Sedesol y Hombres por la Equidad A. C.
- Garda, R. (2007b). La construcción social de la violencia masculina. Ideas y pistas para apoyar a los hombres que desean dejar su violencia. En A. Amuchástegui e I. Szasz (Eds.) *Sucede que me canso de ser hombre....* El Colegio de México.
- Garda, R. y Bolaños, F. (2010). *Caminando hacia la equidad. Programa multidimensional y multicomponente para detener la violencia de género de los hombres hacia sus familias*. México: Instituto Nacional de las Mujeres y Hombres por la Equidad A. C.
- Geldschläger, H., Beckmann, S., Jungnitz, L., Puchert, R., Stabingis, A. J. y Dully, C. (2010). Programas europeos de intervención para hombres que ejercen violencia de género: panorámica y criterios de calidad. *Psychosocial Intervention*, 19(2), 181-90. Recuperado de <http://www.psychosocial-intervention.org/&lang=en&sec=actual&articulo=20100630160000156003>
- Gondolf, E. W. (1997). Patterns of reassault in batterer programs. *Violence and Victims*, 12(4), 373-87. Recuperado de [http://bobcat.militaryfamilies.psu.edu/sites/default/files/placed-programs/DuluthModel\\_Gondolf\\_1997\\_maybe\\_version\\_of\\_duluth.pdf](http://bobcat.militaryfamilies.psu.edu/sites/default/files/placed-programs/DuluthModel_Gondolf_1997_maybe_version_of_duluth.pdf)
- Gondolf, E. W. (2004a). Evaluating batterer counseling programs: a difficult task showing some effects and implications. *Aggression and Violent Behavior*, 9(6), 605-31.
- Gondolf, E. W. (2004b). Regional and cultural utility of conventional batterer counseling. *Violence Against Women*, 10(8), 880-900. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801204266311>
- Guyatt, G., Oxman, A. D., Akl, E. A., Kunz, R., Vist, G. y Brozek, J. (2011). GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology*, 64(4), 383-394.

- Hamilton, L., Koehler, J. A. y Lösel, F. A. (2013). Domestic violence perpetrator programs in Europe, Part I. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(10), 1189-205. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0306624X12469506>
- 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), 423-43. Recuperado de <http://link.springer.com/article/10.1023%2FA%3A1007562431410>
- Heise, L. (1994). Violence against women: the hidden health burden. *World health statistics quarterly. Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales. World Health Statistics Quarterly*, 46(4), 78-85.
- Hellman, C. M., Johnson, C. V. y Dobson, T. (2010). Taking action to stop violence: a study on readiness to change among male batterers. *Journal of Family Violence*; 25(4), 431-8.
- Híjar, M. y Valdez-Santiago, R. (2008). *Programas de intervención con mujeres víctimas de violencia de pareja y con agresores: experiencia internacional y mexicana*. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Híjar, M. y Valdez-Santiago, R. (2010). *Programa de reeducación para víctimas y agresores de violencia de pareja. Manual para responsables de programa*. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Holder, E. H., Robinson, L. O. y Rose, K. (2009). *Practical implications of current domestic violence research: for law enforcement, prosecutors and judges*. E. E. U. U.: Department of Justice.
- Holtzworth-Munroe, A., Bates, L., Smutzler, N. y Sandin, E. (1997). A brief review of the research on husband violence. Part I: Maritally violent versus nonviolent men. *Aggression and Violent Behavior*, 2(1), 65-99.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía-Inegi e Instituto Nacional de las Mujeres-Inmujeres. (2011). *Encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares*. Recuperado de: [http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf](http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/estudios/sociodemografico/mujeresrural/2011/702825048327.pdf)
- Kaufman, M. (1997). Las experiencias de poder contradictorias del poder entre los hombres. En T. Valdéz y J. Olavarría (Eds.), *Masculinidad/es: poder y crisis*. Santiago, Chile: Isis International y Flasco, Chile.
- de Keijzer, B. (2010). *Masculinidades, violencia, resistencia y cambio* (Tesis de Doctorado). Universidad Veracruzana, México.
- Krug, E. G., Dahlberg, L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. y Lozano, R. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
- Laing, L. (2002, septiembre 12-13). *The challenge of implementing and evaluating programs for perpetrators of domestic violence*. Trabajo presentado en la Crime Prevention Conference realizada por el Australian Institute of Criminology and the Crime Prevention Branch, Commonwealth Attorney-General's Department and held, Sydney, Australia.

- Lawson, D. M. (2010). Comparing cognitive behavioral therapy and integrated cognitive behavioral therapy/psychodynamic therapy in group treatment for partner violent men. *Psychotherapy: theory, research, practice, training*, 47(1), 122-33. Recuperado de <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0018841>
- Liendro, E., Cervantes, F. y Garda, R. (2002). *Manual del facilitador. Programa de hombres renunciando a su violencia. Primer nivel*. México: Colectivo de Hombres por Relaciones Igualitarias, A. C., Gobierno del Distrito Federal.
- Loeffler, C. H., Prelog, A. J., Unnithan, N. P. y Pogrebin, M. R. (2010). Evaluation shame transformation in group treatment of domestic violence offenders. *International Journal of Offender therapy & Comparative Criminology*, 54(4), 517-36.
- Lolas, F. (1991). Agresividad, agresión, violencia. En F. C. Lolas, *Agresividad y Violencia* (pp. 9-22). Argentina: Losada.
- López, O., Blanco, J., Garduño, M. A., Granados, J. A., Jarillo, E., López, S., ... y Tetelboin, C. (2010). Los determinantes sociales de la salud y la acción política. Una perspectiva desde la academia. En *Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Taller Latinoamericano sobre determinantes de la Salud* (pp. 1-11). Uruguay: Alames.
- Macchiavello A. (2006). Criterios de calidad para intervenciones con hombres que ejercen violencia en la pareja (HEVPA). *Cuadernos para el debate*, 25. Recuperado de <http://www.luisbonino.com/pdf/CUADERNOS-G25.pdf>
- Mederos, F. (2002). Cambiando nuestras visiones de intervención: la evolución de programas para hombres físicamente abusivos. En E. Aldarondo y F. Mederos (Eds.), *Men who batter: intervention and prevention strategies in a diverse society* (pp. 1-20). Nueva York: Civic Research Institute.
- Mederos, F. y Perilla, J. (2004). *Community connections: Men, gender and violence*. Melissa Institute. Recuperado de [https://www.melissainstitute.org/documents/eighth/men\\_gender\\_violence.pdf](https://www.melissainstitute.org/documents/eighth/men_gender_violence.pdf)
- Montoya, O. (1998). Los hombres en relaciones de pareja con mujeres. Nadando contra corriente. Buscando pistas para prevenir la violencia masculina en la relación de pareja. En O. Montoya (Coord.), *Buscando pistas para prevenir la violencia masculina en la relación de pareja* (pp. 41-63). Nicaragua: Puntos de Encuentro.
- Morrel, T. M., Elliott, J. D., Murphy, C. M. y Taft, C. T. (2003). Cognitive behavioral and supportive group treatments for partner-violent men. *Behavior Therapy*, 34(1), 77-95.
- Mullender, A. (2000). *La violencia doméstica. Una nueva visión de un viejo problema*. Argentina: Paidós Ibérica.
- Organización Panamericana de la Salud-OPS. (2008, agosto). Recopilación de artículos. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*, 86, 577-656. Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/8/08-055954/es/>
- Ortiz, A. y García, E. (2003). Violencia doméstica: modelo de análisis y programas de intervención con agresores. *Cuadernos de Trabajo Social*, 16, 193-214.

- Palmstierna, T., Haugan, G., Jarwson, S., Rasmussen, K. y Nøttestad, J. A. (2012). Cognitive-behaviour group therapy for men voluntarily seeking help for intimate partner violence. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(5), 360-5. Recuperado de <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/08039488.2012.665080>
- Ramírez, D. (2005). *Revisión de modelos de atención para hombres que ejercen violencia en el hogar*. (Tesis de licenciatura). Universidad Nacional Autónoma de México.
- Ramírez-Rodríguez, J. y Guitiérrez de la Torre, N. (2017). *Hombres y políticas de igualdad de género: una agenda en construcción*. México: Universidad de Guadalajara.
- Ramos, L., Saucedo, I. y Saltijeral, M. T. (2016). Crimen organizado y violencia contra las mujeres: discurso oficial y percepción ciudadana. *Revista Mexicana de Sociología*, 78(4), 655-84. Recuperado de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032016000400655%0Ahttp://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-25032016000400655&lang=pt](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032016000400655%0Ahttp://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-25032016000400655&lang=pt)
- Riquer, F. y Castro, R. (Coord.). (2012). *Estudio Nacional sobre las fuentes, orígenes y factores que producen y reproducen la violencia contra las mujeres*. Comisión Nacional para Prevenir y Erradicar la Violencia contra las Mujeres Secretaría de Gobernación. Recuperado de <http://www.conavim.gob.mx/work/models/CONAVIM/Resource/103/1/images/1PresentacionResultadosEstudioNacionalsobrelasFuentesOrigenes.pdf>
- Saunders, D. (1996). Feminist-cognitive-behavioral and process psychodynamic treatments who men to batter: interaction of abuser traits and treatment models. *Violence and Victims*, 393-414.
- Saunders, D. (2007). Cómo transformar la respuesta violenta de los hombres en la pareja y la familia. En D. Saunders, *Sin golpes*. México: Pax.
- Schmidt, M. C., Kolodinsky, J. M., Carsten, G., Schmidt, F. E., Larson, M. y MacLachlan, C. (2007). Short term change in attitude and motivating factors to change abusive behavior of male batterers after participating in a group intervention program based on the pro-feminist and cognitive-behavioral approach. *Journal of Family Violence*, 22(2), 91-100.
- Schramm, F. y Kottow, M. (2001, julio-agosto). Principios bioéticos en salud pública: limitaciones y propuestas. *Cad. Saúde Pública*, 17(4), 949-956. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n4/5301.pdf>.
- Smedslund, G., Steiro, A., Winsvold, A., Dalsbø, T. K. y Clench-Aas, J. (2011). Cognitive behavioural therapy for men who physically abuse their female partner (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2), 2-4.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., Elliott, J. D. y Keaser, M. C. (2001). Race and demographic factors in treatment attendance for domestically abusive men. *Journal of Family Violence*, 16(4), 385-400.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., King, D. W., Musser, P. H. y De Deyn, J. M. (2003). Process and treatment adherence factors in group cogni-

- tive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 812-20. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12924686>
- Taft, C. T., Murphy, C. M., Musser, P. H. y Remington, N. A. (2004). Personality, interpersonal, and motivational predictors of the working alliance in group cognitive-behavioral therapy for partner violent men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(2), 349-54. Recuperado de <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-006X.72.2.349>
- Talavera, J. O., Wachter-Rodarte, N. H. y Rivas-Ruiz, R. (2011). Estudios de causalidad. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 49(3), 289-94.
- Tyagi, S. (1999, junio). *Canadian initiatives for men who batter: issues and challenges for community based interventions and programs*. Trabajo presentado en la Women's Worlds Conference, University of Tromso, Noruega.
- Jackson, S., Feder, L., Forde, D., Davis, R., Maxwell, C. y Taylor, B. (2003). *Batter Interventions Programs: Where do we go from here?* (NCJ 195079). US Department of Justice. Recuperado de <http://www.ncjrs.org/pdffiles1/nij/195079.pdf>
- Valdez, R., Martín, J., Arenas, L. e Híjar, M. (2015). Adherencia terapéutica a programas de reeducación para mujeres y hombres en relaciones de pareja violentas. *Salud Pública de México*, 57(6), 537-46.
- Walling, S. M., Suvak, M. K., Howard, J. M., Taft, C. T. y Murphy, C. M. (2012). Race/ethnicity as a predictor of change in working alliance during cognitive behavioral therapy for intimate partner violence perpetrators. *Psychotherapy*, 49(2), 180-9. doi: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0025751>
- Weissman, D. M. (2007). The personal is political and economic: rethinking domestic violence. *BYU Law Review*, 2007(c), 1-62.
- Wexler, D. (2007). El espejo roto. Una perspectiva sobre el tratamiento auto-psicológico de la violencia íntima. En D. Wexler, *Sin golpes. Cómo transformar la respuesta violenta de los hombres en la pareja y la familia* (PP. 22-44). México: Pax.
- Whaley, A. (2001). *Violencia intrafamiliar. Causas biológicas, psicológicas, comucacionales e interaccionales*. México: Plaza y Valdéz.
- Zamudio, M. (2007). *Prácticas y representaciones en algunos varones que cambian sus actitudes violentas a través del Programa de hombres renunciando a su violencia: estudios de caso*. (Tesis de maestría). Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora, México.